

# Sjukfrånvaro efter invandring

Utrikes föddas tillgång till och nyttjande  
av sjukpenning

Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Therese Ljung  
010-116 16 08  
[therese.ljung@forsakringskassan.se](mailto:therese.ljung@forsakringskassan.se)

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Den ökade migrationen väcker ett flertal frågor om vilka utmaningar vi står inför och hur sjukförsäkringen kan komma att påverkas framöver. Denna rapport redovisar skillnader i tillgång till och nyttjande av sjukpenning mellan utrikes och inrikes födda.

Analyserna är baserade på nationella register och kan därför redovisa hur förekomsten av sjukpenning för utrikes födda och inrikes födda ser ut i landet som helhet. Genom att ha rikstäckande information har vi i denna rapport även haft möjlighet att avgränsa befolkningen till individer som bedöms ha tillgång till sjukförsäkringen. Jämförelser av skillnader i sjukfrånvaro inom denna avgränsade befolkning ger en mer rättvis bild av sjukfrånvaron mellan olika grupper och gör det möjligt att dra slutsatser om vilka faktorer som är viktiga för att förklara skillnader i sjukfrånvaro.

Resultaten ger en ökad kunskap kring utrikes föddas relation till sjukförsäkringen och är ett bidrag till skapa bättre förutsättningar att förstå hur invandring kan komma att påverka sjukfrånvaron framöver.

Författare av rapporten är Therese Ljung (projektledare) och Petra Ornstein, båda verksamma på avdelning för Analys och prognos vid Försäkringskassans huvudkontor.

Stockholm maj 2017

Gabriella Bremberg  
Avdelningschef  
Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>6</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
<b>Metod och data</b> .....	<b>9</b>
Population .....	9
Variabler .....	9
Metodval.....	10
<b>Tillgång till sjukpenning</b> .....	<b>12</b>
Sjukpenninggrundande inkomst (SGI) är nyckeln till sjukpenning.....	12
Samband mellan inkomst och sjukfrånvaro .....	13
Definition av <i>försäkrad</i> .....	16
Lägre andel <i>försäkrade</i> bland utrikes födda.....	17
<b>Vilka är de <i>försäkrade</i>?</b> .....	<b>20</b>
Utrikes födda står längre ifrån arbetsmarknaden.....	20
Störst andel <i>försäkrade</i> från Europa .....	22
Tiden i Sverige påverkar andelen <i>försäkrade</i> .....	23
Förortskommuner till storstäderna har högst andel <i>försäkrade</i> .....	25
<b>Sjukfrånvaron bland <i>försäkrade</i></b> .....	<b>26</b>
Utrikes födda har högre sjukfrånvaro .....	26
Högst sjukfrånvaro i glesbygden .....	28
Yrke och inkomst förklarar skillnader i sjukfrånvaro .....	28
Högst sjukfrånvaro för individer från konflikttrabbade områden .....	31
<b>Diskussion</b> .....	<b>34</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>38</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>40</b>

# Sammanfattning

I takt med att andelen utrikes födda ökar i Sverige är det av flera skäl angeläget att öka kunskapen om gruppens relation till sjukförsäkringen. Denna rapport undersöker skillnader i tillgång till och nyttjande av sjukpenning mellan utrikes och inrikes födda.

Bland de som bedöms ha tillgång till den inkomstbaserade sjukförsäkringen, de *försäkrade*, har gruppen utrikes födda en högre sjukfrånvaro än inrikes födda. Skillnaden förklaras till största delen av att utrikes födda är överrepresenterade i yrken med högre sjukfrånvaro. De arbetar vanligtvis inom service-, omsorg- och försäljningsyrken, yrken med jämförelsevis hög sjukfrånvaro. Utrikes födda är i stället underrepresenterade inom yrken som kräver högre utbildning samt ledningsarbete, yrkeskategorier med jämförelsevis låg sjukfrånvaro.

Även om yrkesfördelningen förklarar mycket av den högre sjukfrånvaron bland utrikes födda kvarstår en ökad risk som inte kan förklaras av socioekonomiska faktorer och tiden på arbetsmarknaden. Orsaken till invandring och födelseland är två faktorer som ofta hänger samman med hälsa och hur snabbt individerna kommer in på den svenska arbetsmarknaden. Det finns mycket som tyder på att exempelvis psykiatriska sjukdomar är vanligare bland asylsökande och tenderar att ge konsekvenser för individers hälsa framåt i tiden.

Avgränsas inte befolkningen till *försäkrade* är sjukfrånvaron i stället lägre för utrikes födda än för inrikes födda, vilket beror på att nästan hälften av alla utrikes födda inte är *försäkrade* och har en mer begränsad tillgång till sjukförsäkringen.

För att vara berättigad till sjukpenning krävs att man har haft ett arbete och på så sätt kan få en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) fastställd av Försäkringskassan. Bland befolkningen i Sverige finns en stor andel som inte har tillräckliga inkomster av arbete och som därmed har begränsad tillgång till sjukpenning. Andelen som står utanför de inkomstbaserade försäkringarna är betydligt större bland utrikes födda jämfört med inrikes födda. I rapporten görs en beräkning som visar att knappt hälften av alla utrikes födda i befolkningen uppnår en inkomstnivå som med hög sannolikhet ger tillgång till sjukpenning i praktiken. Kategorin betecknas i rapporten, något förenklat, som *försäkrade*. Bland inrikes födda i arbetsför ålder beräknas andelen *försäkrade* uppgå till cirka 70 procent.

Utrikes födda är generellt en mer heterogen grupp än inrikes födda med större skillnader i yrke och utbildningsnivå. Utrikes föddas etablering på arbetsmarknaden är avgörande för att förstå utrikes föddas tillgång till sjukpenning, samt gruppens inverkan på utvecklingen av sjukfrånvaron framöver.

# Summary

Immigration to Sweden has increased largely over time. This report examines differences in access to sickness benefit and the utilization of it between immigrants and native Swedes.

Immigrants have an increased risk of sickness benefit compared to native Swedes when the comparison was made between individuals who are expected to have high access to income-based sickness insurances (*the insured*). The difference was primarily explained by the fact that immigrants are overrepresented in occupations with higher incidence of sickness benefit. Immigrants usually work in the service industry, health care and sales industry, which are occupations with relatively high levels of sickness absence. At the same time, immigrants are underrepresented in professions requiring higher education and leadership, which are occupational categories with low levels of sickness absence.

Although the choice of profession accounts for much of the higher levels of sickness benefit among immigrants, the increased risk remained after accounting for socioeconomic factors and labor market time. The reason for immigration and country of birth are two factors that are often associated with health and how quickly individuals enter the Swedish labor market, and tend to have consequences for the use of sickness benefit in the future.

When the comparison of sickness benefit was made within the whole population, instead of being restricted to *the insured*, sickness benefit was instead lower among immigrants than native Swedes, which could be explained by the fact that nearly half of all immigrants have limited access to the sickness insurance.

To be entitled to sickness benefit, it is necessary to be employed and thus receive a sickness-based income (SGI) which is determined by the Swedish Social Insurance Agency. Among the population in Sweden there is a large proportion that does not have sufficient income from work and thus has limited access to sickness benefit. That proportion is significantly greater among immigrants than native Swedes. This report makes a calculation that shows that only half of all immigrants in the population achieve an income level that is likely to enable them to receive sickness benefit in practice. The category is referred to, somewhat simplified, as *the insured*. Among the native Swedes, in working age, the proportion of *insured* individuals is estimated to be approximately 70 percent of the population.

Immigrants are generally a more heterogeneous group compared to native Swedes with greater differences in occupation and education. Immigrants' establishment in the labor market is crucial in understanding the availability of sickness benefits for immigrants, as well as how this group will affect the development of sickness absence in the future.

# Inledning

Denna rapport studerar utrikes föddas och inrikes föddas tillgång och nyttjande av sjukpenning. Antalet utrikes födda har varit ökande över tid och utgör i dag nästan 18 procent av befolkningen (SCB, 2016a). Historiskt sett har invandringen till stor del varit arbetskraftdriven, men de senaste decennierna har invandringen till Sverige framför allt dominerats av asylsökande och anhörginvandring (Johansson m.fl., 2012). Under 2015 hade Sverige den högsta nivån av invandring någonsin till följd av oroligheter i världen.

Utrikes föddas ökande andel av populationen väcker ett flertal frågor om vilka utmaningar vi står inför och hur sjukförsäkringen kan komma att påverkas framöver. Socialförsäkringarna – med uppgift att ge inkomstrygghet genom inkomstrelaterade individuella socialförsäkringar till alla – förutsätter ett högt arbetskraftsdeltagande för att kunna ge generell välfärd. Försäkringskassans uppdrag är att bidra till att sjukfrånvaron håller en låg och stabil nivå framöver. Försäkringskassan har även som uppgift att prognostisera framtida sjukfrånvaronivåer och förväntade sjukskrivningskostnader. Det finns därför flera skäl till att vilja öka kunskapen om utrikes föddas relation till sjukförsäkringen, och att därmed skapa bättre förutsättningar att förstå hur invandring kan komma att påverka sjukförsäkringen och sjukfrånvaron framöver.

För många som invandrar kan det dröja flera år innan man kommer in på arbetsmarknaden och uppfyller villkoren för inkomstbaserade förmåner enligt socialförsäkringsbalken. Utrikes födda som kommer till Sverige för att arbeta kommer tidigare och i högre grad in på arbetsmarknaden än de som invandrar av andra anledningar. Ankomstorsaken, ålder vid invandringstidpunkten samt tiden i Sverige är några faktorer som påverkar förutsättningarna för utrikes födda att komma in på arbetsmarknaden (Leao m.fl., 2009). Det finns även indikationer på att den erfarenhet som ligger bakom flyktinginvandringen allvarligt påverkar individens hälsa (Hollander m.fl., 2016), vilket ytterligare utgör en utmaning när det gäller att öka arbetskraftsdeltagande och motverka sjukfrånvaro bland utrikes födda framöver.

Det finns även flera bakgrundsfaktorer som skiljer utrikes från inrikes födda, exempelvis köns- och ålderssammansättning, utbildningsnivå, yrke och inkomst, vilket skulle kunna leda till skillnader i sjukfrånvaro. En tidigare studie på svensk data tyder på att sjukfrånvaron är högre för utrikes jämfört med inrikes födda (Bengtsson och Scott, 2006), likaså visar resultat från en studie gjord på norsk registerdata på skillnader i sjukfrånvaro mellan grupperna även om de inte är stora (Dahl, 2010). Det finns dock en begränsad kunskap om skillnader i hälsa mellan utrikes och inrikes födda som faktiskt *har* ett arbete.

Syftet med denna rapport är att öka kunskapen kring skillnader i relation till sjukpenningen mellan utrikes och inrikes födda. Både tillgången till den inkomstbaserade delen av sjukförsäkringen (andelen sjukpenningförsäkrade) och nyttjandet av den (andelen med sjukfrånvaro) kommer studeras genom följande frågeställningar:

- Hur skiljer sig tillgången till sjukförsäkringen mellan utrikes och inrikes födda?
- Bland individer med tillgång till sjukförsäkringen, hur skiljer sig sjukfrånvaron mellan utrikes och inrikes födda.
- Vad kan förklara eventuella skillnader?

Studien är registerbaserad med fokus på Sveriges befolkning i åldern 16 till 64 under åren 1999 till 2014. Sjukfrånvaron avgränsas här till förekomsten av utbetald sjukpenning och en sjukfrånvaro längre än 14 dagar under ett år.

Rapporten är uppbyggd utifrån följande disposition. Först undersöks tillgången till de inkomstbaserade socialförsäkringarna i hela Sveriges befolkning i arbetsför ålder. Utifrån resultaten definieras begreppet *försäkrad* som används i rapportens senare delar för att avgränsa befolkningen till en population som med stor sannolikhet har möjlighet till sjukpenning vid sjukfrånvaro. Därefter beskrivs sammansättningen och demografiska skillnader för den *försäkrade* populationen. I sista delen beskrivs skillnader i sjukfrånvaro mellan utrikes och inrikes födda. Här redovisas förändringar i sjukfrånvaro över tid, regionala skillnader och vilka bakgrundsfaktorer som har starkast förklaringsgrad för skillnader mellan utrikes och inrikes födda. Sjukfrånvaron studeras även uppdelat på födelse-regioner för olika invandrargrupper. Avslutningsvis diskuteras resultaten i förhållande till sjukfrånvarons framtida utveckling. Bilaga 1 innehåller mer detaljerade resultat som ett komplement till rapporten.



# Metod och data

## Population

Studien baseras på Försäkringskassans databas för analys av sjukpenningutbetalningar, MiDAS, sammankopplat med nationella register över tid, med information om inkomst, utbildning och födelseland.

Populationen består av individer bosatta i Sverige i åldern 16 till 64. Uppföljningsperioden är 1999 till 2014. Åren före och efter exkluderas på grund av att det saknas inkomstuppgifter. Personer med hel sjuk- och aktivitetsersättning är exkluderade. Detta ger en population på i genomsnitt 5,5 miljoner individer respektive år, varav 16 procent i genomsnitt är utrikes födda.

I analyserna av sjukfrånvaro avgränsas populationen till individer som definieras vara *försäkrade*. Detta innebär att en individ kan vara med i populationen allt från endast något år till hela perioden. Immigrerade utrikes födda exkluderas helt. Detta ger en population på i genomsnitt 3,7 miljoner individer respektive år, varav i genomsnitt 12 procent är utrikes födda. Totalt för åren 1999 till 2014 inkluderas cirka 5,8 miljoner unika individer minst någon gång under perioden.

I undersökningen av skillnader inom gruppen utrikes födda avgränsas populationen ytterligare till just utrikes födda *försäkrade* år 2014. Detta ger en population på cirka 580 000 utrikes födda individer.

## Variabler

Rapportens tre centrala termer är utrikes född, sjukfrånvaro, samt *försäkrad*.

- Individer definieras som *utrikes född* utifrån sitt födelseland, oberoende av föräldrarnas födelseland eller medborgarskap.
- *Sjukfrånvaro* studeras genom förekomsten av minst en utbetalning av sjukpenning eller rehabiliteringspenning under ett givet år. Sjukfrånvaron ska i tillägg vara längre än 14 dagar, vilket för anställda innebär förekomst av minst en dag med sjukpenning då sjukfrånvaroperioden inleds med 14 dagars sjuklön. Frekvens, omfattning eller orsaken till sjukskrivningen inkluderas därmed inte i denna rapport.
- Definitionen att vara *försäkrad* sätts vid en inkomst högre än 50 procent av 45-åringars medianinkomst. Notera att definitionen inte betyder att en individ är sjukpenningförsäkrad i formell mening – det bedöms genom utredning av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) vid ansökningsdatum för sjukpenning – utan ska ses som en kvalificerad bedömning på vilka individer som är inne på arbetsmarknaden och vid en prövning sannolikt skulle ha en arbetsbaserad inkomst över 24 procent av ett prisbasbelopp (den lägsta SGI). Begreppet syftar till att användas för

gruppjämförelser. För att inte förväxlas med att i formell mening bedömas ha tillgång till sjukpenning markeras genomgående rapportens skattade *försäkrad*-begrepp med kursiv stil.

*Kommunindelning* hämtas från Sveriges kommuner och Landsting (SKL). SKLs indelning baserar sig på Sveriges demografi år 2011 och delar in Sveriges kommuner till 10 kommungrupper utifrån befolknings- och näringsstruktur, exempelvis utifrån tätortsstorlek, närhet till större städer och pendlingsmönster (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Uppgifter om *utbildningsnivå* rapporteras kontinuerligt till SCB från landets skolor och utbildningsanordnare, och läggs efter bearbetning in i Utbildningsregistret vid den årliga uppdateringen. Uppgifter om utbildning för personer födda utanför Sverige kommer i första hand från folk- och bostadsräkningar samt enkätundersökningar riktade till personer som nyligen invandrat. Från och med 1999 genomförs en sådan enkät årligen (SCB, 2014).

Måttet på *Födelseregion* följer SCBs landindelning för att ge jämförbarhet med övrig litteratur. Likaså *yrkesfördelning* följer SCBs standard för svensk yrkesklassificering för år 2012 som delar in alla yrken i 10 olika yrkesområden.

*Invandringsår* innebär det datum för när personen folkbokfördes.

## Metodval

Rapporten består i hög grad av deskriptiv statistik med jämförelser mellan utrikes och inrikes födda. För att studera vad som kan påverka sambandet mellan sjukfrånvaro och födelseland specificeras en regression. Syftet med regressionen är att studera hur olika bakgrundsfaktorer samvarierar med sjukfrånvaro. Utfallet är sjukfrånvaro, det vill säga förekomst av sjukfrånvaro med sjukpenning och ett sjukfall längre än 14 dagar under ett givet år. De förklarande faktorer som undersöks är bland annat kön, ålder, boendekommun, utbildning, yrke, inkomst, och antal år i Sverige.

Eftersom utfallet i regressionen – sjukfrånvaro – antingen har värdet 0 eller 1 specificeras en logistisk regression. Det innebär att modellen skattar så kallade oddskvoter. När utfallet är ovanligt kan oddskvoter uppskattas vara detsamma som relativa risker. Sjukfrånvaro är däremot relativt vanligt vilket innebär att oddskvoterna kommer att överskatta de relativa riskerna. I denna studie har därför oddskvoterna räknats om till relativa risker, för att kunna ge en tydligare tolkning av resultaten.<sup>1</sup> Regressionsutfallen kan därmed tolkas i termer av procents överrisk för sjukfrånvaro.

---

<sup>1</sup> Oddskvoterna (OR) har räknats om till relativa risker (RR) med hjälp av följande ekvation:  $RR=(OR/(1+OR))/0,5$ .

Många individer förekommer i populationen under flera år, vilket medför att de ingår i analyserna upprepade gånger. För att inte överskatta styrkan i regressionsanalyserna har vi kontrollerat för detta.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Dessa specifikationer innehåller så kallade random effects, det vill säga de tillåter individspecifik korrelation.

## Tillgång till sjukpenning

*Personer som arbetar omfattas som regel av den inkomstbaserade sjukförsäkringen. I detta avsnitt undersöks populationens tillgång till sjukpenning för både utrikes och inrikes födda.*

*Med utgångspunkt i resultaten definieras begreppet "försäkrad" som innebär att ha en årsinkomst större än 50 procent av 45-åringars medianinkomst. Definitionen avgränsar populationen till en grupp där de flesta individer vid händelse av sjukdom med stor sannolikhet kommer ha möjlighet till sjukpenning vid sjukfrånvaro under största delen av året och används i rapportens senare delar för att avgränsa analyserna till jämförbara grupper.*

*Av hela Sveriges befolkning i arbetsför ålder definieras endast 48 procent av alla utrikes födda som försäkrade. Det innebär att över hälften av alla utrikes födda har begränsad tillgång till de inkomstbaserade socialförsäkringarna. Bland inrikes födda är andelen som definieras vara försäkrade 20 procentenheter högre, 70 procent.*

### Sjukpenninggrundande inkomst (SGI) är nyckeln till sjukpenning

Den som arbetar i Sverige omfattas i regel av den allmänna sjukförsäkringen. Det är ett obligatoriskt system som är till för att täcka inkomstbortfall vid sjukdom eller skada. Sjukförsäkringen har bosättningsbaserade delar som omfattar alla som är folkbokförda i Sverige. Sjukpenning är dock en inkomstbaserad försäkring, dvs. det är inte tillräckligt att bo i Sverige för att ha tillgång till den delen av sjukförsäkringen. För att ha rätt till sjukpenning krävs en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) som fastställs av Försäkringskassan utifrån den beräknade förväntade arbetsinkomsten vid sjukskrivningstillfället. Inkomster som räknas med är endast inkomster från arbete. Dock kan man skydda sin SGI under perioder då man är frånvarande från ett arbete som exempelvis vid föräldraledighet och arbetslöshet. Den lägsta sjukpenninggrundande inkomsten är 24 procent av prisbasbeloppet respektive år, vilket motsvarade 10 700 kronor år 2017.

Försäkringskassan registrerar dock endast en SGI när det kommer in en ansökan om ersättning. Det betyder att SGI endast finns och gäller för den tidpunkt när ansökan kommer in, på grund av exempelvis sjukdom eller föräldraförmåner. En SGI-beräkning kan ändå ses som den bästa approximationen av individens SGI-bedömningar i närtid, men även detta saknas helt för majoriteten av befolkningen. Det behövs därför ett annat sätt för att få en bild över andelen personer i olika grupper som har tillgång till sjukpenning.

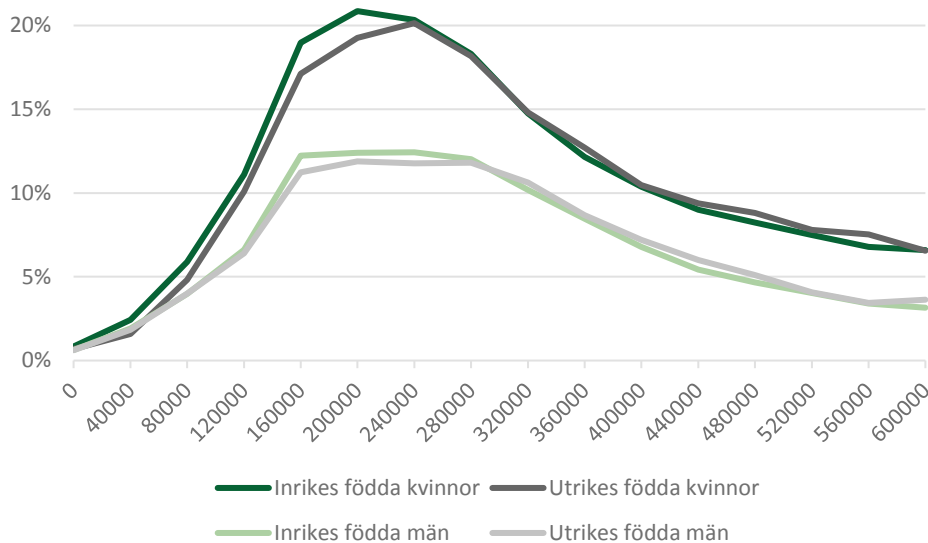
## Samband mellan inkomst och sjukfrånvaro

Vi vet sedan tidigare att det finns ett samband mellan inkomst och hälsa (Bergh m.fl., 2012). Det finns också ett samband mellan ohälsa och sjukfrånvaro (Johansson och Hägglund, 2016), vilket kanske inte är helt överraskande i och med att sjukskrivning förutsätter arbetsförmåga på medicinsk grund. Givet dessa två samband borde sjukskrivning och inkomst vara negativt korrelerade, dvs. högre inkomster innebär lägre sjukfrånvaron och tvärt om.

Det förväntade negativa sambandet mellan inkomst och sjukfrånvaro borde endast gälla för individer med en inkomst som medför faktisk tillgång till sjukförsäkringen. Individer som under ett år varken har haft inkomst från arbete eller skyddat sin SGI har sannolikt inte haft tillgång till den inkomstbaserade delen av sjukförsäkringen under det året. Bland individer som haft mycket låga inkomster under året skulle däremot en del kunna få en SGI fastställd och därigenom vara berättigade till sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, men långt ifrån alla. Bland dessa finns även individer som under delar av året, men inte hela, sannolikt haft tillgång till sjukpenning.

Vid tillräckligt låga inkomster kommer behovet av tillgång till sjukpenning att dominera, så att sambandet mellan inkomst och sjukfrånvaro är positivt. Vid högre inkomster då bristande tillgång till de inkomstbaserade socialförsäkringarna är mindre vanligt kommer i stället kopplingen mellan inkomst och hälsa dominera, och sambandet mellan inkomst och sjukfrånvaro vara negativt. Brytpunkten för riktningen på sambandet mellan inkomst och sjukfrånvaro kan därmed användas för att undersöka vilka inkomstgrupper som har bristande tillgång till sjukpenning.

**Figur 1** Andel med sjukfrånvaro för olika pensionsgrundande inkomster, uppdelat på födelseland och kön, år 2014



Anm. Diagrammet visar endast årsinkomster upp till 600 000 kronor. Andelarna är grupperade i 40 000-kronorskategori.

Figur 1 visar hur stor andel som haft minst en sjukfrånvaroperiod under år 2014 för personer med olika pensionsgrundande inkomster<sup>3</sup>. Under perioder då inkomsten skyddas erhålls ofta pensionsgrundande inkomster som A kassa och föräldrapenning. Vi har därför valt att studera den pensionsgrundande inkomsten snarare än arbetsinkomsten. Den högsta punkten för sjukfrånvaro ligger vid en årsinkomst på cirka 240 000 kronor för nästan alla grupperna. Av alla individer med den årsinkomsten hade i genomsnitt 20 procent av alla kvinnor och 12 procent av alla män minst en sjukfrånvaroperiod under året. Notera att även om sjukfrånvaron skiljer sig med inkomsten så är den – för en given inkomst – mycket lika mellan utrikes och inrikes födda för både kvinnor och män.<sup>4</sup>

Sjukfrånvaron minskar för inkomster över 240 000 kronor vilket är förväntat utifrån att individer med högre inkomster i allmänhet har en bättre hälsa. Mönstret gäller för både utrikes och inrikes födda, för både män och kvinnor, och ser likadant ut över tid.

Individer med lägre inkomster visar också på en lägre sjukfrånvaro. Att individer med inkomster nära noll nästan inte har någon sjukfrånvaro alls under året var förväntat utifrån att sjukpenning är en inkomstbaserad försäkring. Att sambandet mellan inkomst och sjukfrånvaro bryts redan vid 240 000 kronor tyder på att det även bland individer med ett betydligt arbetsmarknadsdeltagande förekommer begränsad tillgång till sjukförsäkringen.

Det finns ett flertal olika förklaringar bakom det mönstret. En delförklaring är att bedömningsgrunderna för nedsatt arbetsförmåga skiljer sig mellan arbetslösa och anställda. Arbetsförmågan för anställda bedöms mot uppgifter på arbetsplatsen och inte mot hela arbetsmarknaden. Det innebär att för två individer med tillgång till sjukförsäkringen, och allt annat lika, borde den arbetslösa uppvisa en lägre förekomst av sjukfrånvaro än den anställda. Utrikes födda har generellt sett haft en högre arbetslöshet vilket bland annat resulterat i en högre andel avslag än inrikes födda eftersom att kraven för bifall då är högre (ISF, 2016b). Arbetslösa som får aktivitetsstöd för att delta i arbetsmarknadspolitiska program får även fortsatt aktivitetsstöd vid sjukfrånvaro, i stället för sjukpenning. Sammantaget innebär detta att arbetslösa uppvisar en lägre incidens för sjukfrånvaro längre än 14 dagar än anställda (Försäkringskassan, 2016).<sup>5</sup>

Andra potentiella förklaringar är mer problematiska. Det finns sannolikt ett inkomstspann med individer som har rätt till sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga, men som har en jämförelsevis kostsam självrisk. Exempelvis

<sup>3</sup> Den pensionsgrundande inkomsten är ett bra mått på den genomsnittliga sjukpenninggrundande inkomsten under ett givet år och inkluderar förutom lön även inkomster från föräldrapenning, sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning och A-kassa.

<sup>4</sup> Figuren indikerar att sjukfrånvaron är något högre för inrikes födda jämfört med utrikes födda för inkomst kategorier under 300 000 kronor. Det sambandet finns dock endast under åren 2012 till 2014. Tidigare år har andelen sjukfall i motsats varit vanligare bland utrikes födda för alla givna inkomst kategorier.

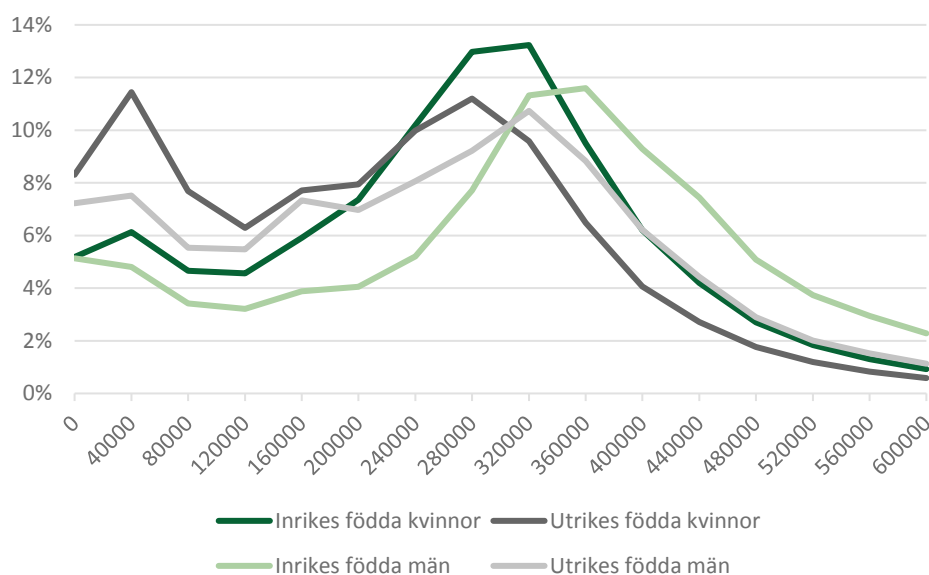
<sup>5</sup> Se specifikt diagram 6 i Försäkringskassan (2016).

individer med små ekonomiska marginaler kan uppleva karensdagen som hindrande hög. Ett sådant beteende, så kallad sjuknärvaro, kan dock riskera att i längden leda till förvärrad ohälsa (Pettersson-Lidbom & Thoursie, 2013). En annan grupp är de som har svag koppling till arbetsmarknaden och därmed upplever ytterligare kostnader i samband med sjukfrånvaro. Bland annat kan individer med otrygga anställningsformer uppleva att sjukfrånvaro medför en allt för hög risk att bli bortvald av arbetsgivaren i framtiden (Hesseliuss, 2007). Personer med tidsbegränsade anställningar kan även ha svårt att påvisa att de skulle ha arbetat framöver, även om de kan uppvisa arbetstid historiskt. Att det sistnämnda är ett problem har tidigare diskuterats av Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF, 2016a). Dessa mekanismer kan innebära att individer som utifrån intentionerna med de inkomstbaserade socialförsäkringarna borde vara försäkrade, och är med och finansierar sjukförsäkringen, i realiteten inte upplever sig ha tillgång till sjukpenning.

De här resultaten innebär att även om de formella förutsättningarna för att erhålla sjukpenning är uppfyllda vid en inkomst på 24 procent av ett prisbasbelopp visar Figur 1 att det reella nyttjandet kräver inkomster som är betydligt högre. Det vill säga även om kraven för sjukpenning är uppfyllda finns det andra faktorer som påverkar en individs användning av sjukförsäkringen.

Inkomstnivåerna i befolkningen redovisas i Figur 2 och skiljer sig åt mellan utrikes och inrikes födda liksom mellan män och kvinnor. Andelen höginkomsttagare är allra flest för inrikes födda män, medan utrikes födda kvinnor har lägst inkomster. Att helt sakna pensionsgrundande inkomst, och därmed sannolikt stå utanför både arbetsmarknad och sjukförsäkring, är vanligare bland utrikes födda än inrikes födda. Bland utrikes födda finns även en större grupp låginkomsttagare med inkomster under 100 000 kronor per år, med begränsad möjlighet att nyttja sjukförsäkringen vid sjukdom (se även Figur 1).

**Figur 2** Andel (procent) med olika pensionsgrundande inkomster i populationen 16–64 år, uppdelat på födelseland och kön, år 2014



Anm. Diagrammet visar endast årsinkomster upp till 600 000 kronor. Andelarna är grupperade i 40 000-kronorskategorier.

## Definition av försäkrad

För att kunna undersöka skillnader i sjukfrånvaro (utan att resultaten främst ska plocka upp skillnader i tillgång till sjukpenning) behöver vi göra någon sorts avgränsning av populationen. På grund av bristande tillgång till dagsaktuella inkomstuppgifter väljer vi att låta avgränsningen baseras på årsinkomsten. Vi vill i tillägg till att inkludera individer som har arbetsinkomst även få med individer som kan ha skyddat en tidigare arbetsinkomst: långtidssjukskrivna och föräldralediga med föräldrapenning över basbeloppet. Därmed är det den pensionsgrundande inkomsten snarare än arbetsinkomsten som är relevant för avgränsningen.

Gränsen för vilken årsinkomst som ska användas kan inte vara för högt satt eftersom det skulle innebära att många låginkomststyrken där flertalet utrikes födda arbetar exkluderas. Det verkar även önskvärt att i den utsträckning det är möjligt fånga individer som arbetar deltid, säsongsbaserat eller av andra orsaker haft arbetsinkomst eller skyddat sin SGI under merparten av ett givet år. Givet utgångspunkten – att göra en avgränsning för att fånga en stor andel av individerna som kan få sjukpenning vid ansökan under huvuddelen av ett givet år – baserades definitionen även på ett gränsvärde som tidigare använts för att identifiera invandrars arbetsmarknadsinträde (Erikson m.fl., 2007). Definitionen för att tolkas som *försäkrad* sätts i denna studie till att ha en pensionsgrundande inkomst högre än 50 procent av 45-åringens medianinkomst. Eftersom inkomster ändras över tid blir medianinkomsterna olika varje år. Att vara *försäkrad* i denna mening motsvarar därför att ha en årsinkomst på minst cirka 100 000 kronor år 1999 och 170 000 kronor under år 2014.



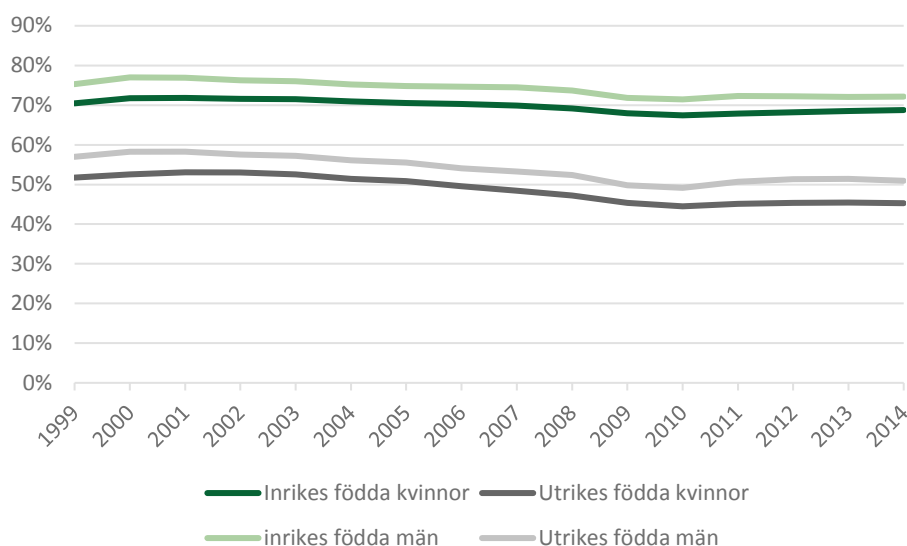
Resultaten i Erikson m.fl. (2007) visade att individer med en inkomst över detta gränsvärde i en majoritet av fallen haft en varaktig anknytning till arbetsmarknaden också framåt i tiden. Det passar våra syften med avgränsningen till denna definition av de *försäkrade*. Även om andra inkomster än arbetsinkomster inkluderas i vår definition baserar de sig bakåt i tiden på arbetsinkomster, eftersom endast de inkomstbaserade socialförsäkringarna kan ge inkomster över gränsvärdet för att definieras som *försäkrad*.

Årsinkomsten som krävs för att vara *försäkrad* inkluderar troligtvis de flesta låginkomstyrken och de med en svag arbetsmarknadskoppling som har tillgång till sjukförsäkringen under året. Utifrån att sambandet mellan inkomst och sjukfrånvaro vänder vid inkomster över vår *försäkrad*-gräns noterar vi att en del av de som definieras som *försäkrade* inte har full tillgång till sjukförsäkringen. Avgränsningen av vilka individer vi bedömer som *försäkrade* innebär ett visst mått av godtycke, och ska ses som en kvalificerad bedömning – en analysstrategi – snarare än en precis skattning.

### Lägre andel *försäkrade* bland utrikes födda

Genom att använda den här definitionen på att vara *försäkrad* kan vi studera skillnader i sannolikheten att beviljas sjukpenning mellan olika grupper. Figur 3 visar andelen *försäkrade* och hur den har förändrats över tid för utrikes och inrikes födda. Vi ser en tydlig skillnad i andelen *försäkrade* mellan utrikes och inrikes födda män och kvinnor.

**Figur 3** Andel individer som är *försäkrade* av befolkningen i åldern 16–64 över tid, uppdelat på födelseland och kön



Av hela den arbetsföra befolkningen<sup>6</sup> år 2014 var 48 procent av alla utrikes födda och 70 procent av alla inrikes födda definierade som *försäkrade*. Det mönstret har varit relativt konstant över tid, även om nivån låg något högre i början av 2000-talet. För båda grupperna ligger andelen *försäkrade* några procentenheter högre bland män än bland kvinnor. Att utrikes födda har en lägre andel *försäkrade* beror troligtvis på ett lägre arbetskraftsdeltagande i kombination med att det tar längre tid att komma in på arbetsmarknaden. Andelen inrikes födda som inte skattas vara *försäkrade* är inte heller försumbar, 30 procent. Stora grupper har därmed en begränsad tillgång till de inkomstbaserade försäkringarna. Andelen *försäkrade* bland de utrikes födda år 2014 som varit minst 9 år i Sverige är 65 procent vilket nästan är lika stor andel som bland inrikes födda. Att arbetsmarknadsinträde och därmed tillgången till de inkomstbaserade försäkringarna tar tid kommer vi att diskutera mer längre fram i rapporten, bland annat i avsnitten som handlar om tid i Sverige respektive regionala skillnader.

För att ge en tydligare koppling till populationen som helhet redovisas i Tabell 1 andelen *försäkrade* och populationens sammansättning, år 2014.

**Tabell 1** Andelen av befolkningen i åldern 16–64 år uppdelad på *försäkrade* och samtliga, födelseland och kön, år 2014

År 2014	50 procent av 45-åringars medianinkomst <sup>1</sup> (%)	Populationens sammansättning (%)
Inrikes födda	70	79
Män	72	41
Kvinnor	69	38
Utrikes födda	48	21
Män	51	11
Kvinnor	45	10
<b>Totalt</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Andel av befolkningen inom varje kategori.

Sammanfattningsvis innebär en avgränsning till *försäkrade* att en större andel av utrikes födda än inrikes födda exkluderas ur populationen. Hälften av alla utrikes födda är inte *försäkrade*, drygt 20 procentenheter lägre än nivån bland inrikes födda. Det innebär att hade vi inte gjort någon avgränsning alls, utan inkluderat alla individer i arbetsför ålder, skulle det ha medfört att utrikes födda i snitt skulle ha en lägre sjukfrånvaro än inrikes födda. Det skulle då inte gå att skilja konsekvenserna av att över hälften av alla utrikes födda har begränsad tillgång till sjukpenning från skillnader i sjukfrånvaro hos befolkningen med faktisk tillgång till de inkomstbaserade försäkringarna.

<sup>6</sup> Vår definition av populationen inkluderar alla folkbokförda i åldern 16-64 år (i likhet med sjukpenningtalets nämnare). Ungdomar har dock i allmänhet ett mycket lågt arbetsutbud. Skulle vi avgränsa populationen till åldersspannet 19-64 skulle andelen *försäkrade* i stället vara 77 procent för inrikes födda och 53 procent för utrikes födda.

Det definierade begreppet *försäkrad* handlar i grunden om individers koppling till arbetsmarknaden men skiljer sig något från andra beskrivningar av detta. Det mått som oftast används är sysselsättningsgrad, som baseras på andelen personer som under en referensvecka utförde minst en timmes arbete eller som skulle utfört minst en timmes arbete men varit tillfälligt frånvarande.<sup>7</sup>

Sysselsättningsgrad är på så sätt ett både snävare och vidare begrepp än *försäkrad*. Det inkluderar inte arbetslösa som skyddat sin tidigare arbetsinkomst genom att vara arbetssökande. Det inkluderar samtidigt individer vars arbetskraftsdeltagande är allt för sporadiskt eller lågt för att berättiga till de inkomstbaserade försäkringarna, och det visar sig att denna grupp är mycket större. År 2014 var sysselsättningsgraden i Sverige 83 procent för inrikes födda och 68 procent för utrikes födda (SCB, 2016b). Vår tolkning av skillnaden i resultat mellan sysselsättningsgraden och andelen *försäkrade* är därför att sysselsättningsgraden utgörs av individer med svag koppling till arbetsmarknaden, som dock inte står helt utanför. År 2014 var skillnaden 13 procentenheter för inrikes födda och 20 procentenheter för utrikes födda.

---

<sup>7</sup> Från SCBs begreppsdefinitioner för Arbetskraftsundersökningarna.

## Vilka är de försäkrade?

*Jämfört med hela befolkningen har personer som här definierats som försäkrade i högre grad eftergymnasial utbildning och känt yrke. För utrikes födda är fördelningen tydligast där 40 procent av befolkningen som helhet saknar information om yrkeskategori medan detta endast gäller för 7 procent av de försäkrade. Genom att avgränsa befolkningen till försäkrade minskar skillnaderna i utbildningsnivå och yrkesfördelning mellan utrikes och inrikes födda.*

*Av de försäkrade är utrikes födda överrepresenterade inom yrkeskategorier med jämförelsevis hög sjukfrånvaro så som service, omsorg och försäljning. Yrken som kräver högre utbildning, samt ledningsarbete, är i motsats vanligare bland inrikes födda.*

*De flesta utrikes födda försäkrade kommer från Europa och därefter från länder i Asien, Mellanöstern inklusive Turkiet. Andelen bland utrikes födda som är försäkrade ökar med individens tid i Sverige.*

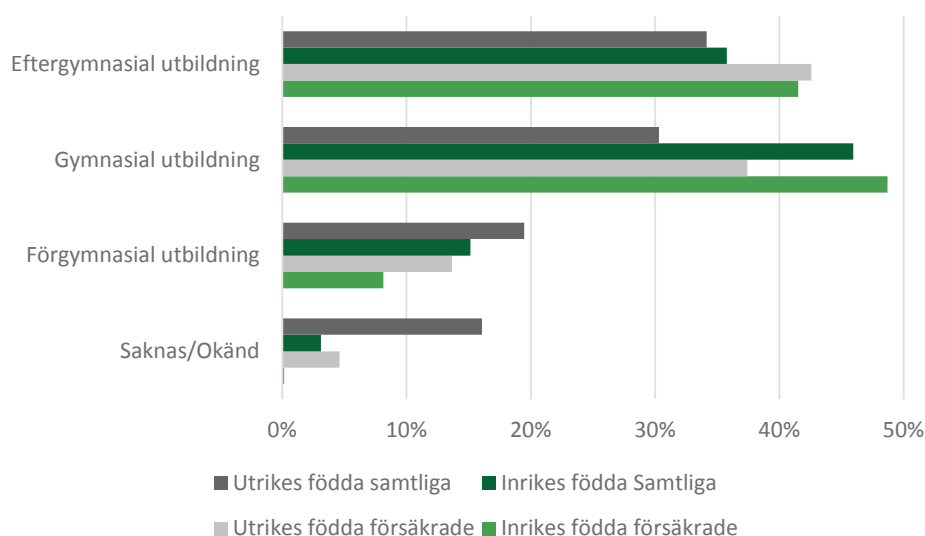
### Utrikes födda står längre ifrån arbetsmarknaden

Utrikes och inrikes födda skiljer sig åt i utbildningsnivå. Demografiska skillnader i utbildningsnivå kan förväntas ha konsekvenser för sjukfrånvaromönstret eftersom individer med hög utbildning ofta har en högre inkomst och därmed en lägre förväntad sjukfrånvaro.

Figur 4 visar utbildningsnivån för samtliga i befolkningen respektive för de försäkrade, uppdelat på födelseland. Utrikes födda har i större utsträckning endast förgymnasial utbildning i jämförelse med inrikes födda, men samtidigt har utrikes födda nästan lika stor andel eftergymnasial utbildning som inrikes födda. Dessutom är det övervägande utrikes födda som saknar eller har okänd utbildningsnivå. Utrikes födda är därför en mer heterogen grupp med större skillnader i yrke och utbildningsnivå än inrikes födda.

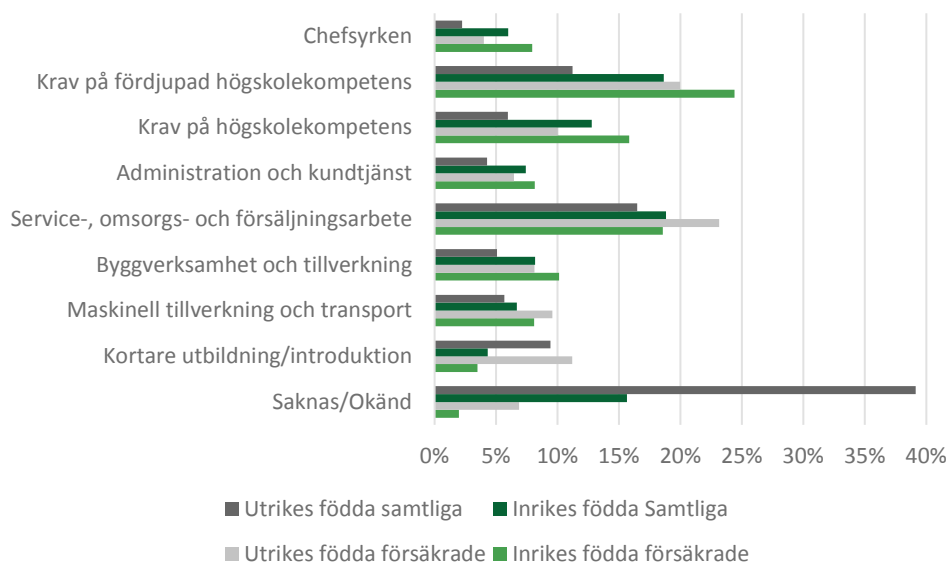
Det framgår också att avgränsningen till försäkrade ger större skillnader i utbildningsnivå för utrikes än för inrikes födda. Framför allt minskar andelen inom kategorin Saknas/Okänd betydligt genom att bland utrikes födda gå från 16 procent bland samtliga i populationen till endast 3 procent av de försäkrade.

**Figur 4 Utbildningsnivå för samtliga respektive försäkrade, uppdelat på utrikes och inrikes födda, år 2014**



Skillnaderna i utbildningsnivå reflekteras även i yrkeskategorier (se Figur 5). Här framkommer tydligt den stora andelen utrikes födda som ännu inte gjort sitt arbetsmarknadsinträde genom att andelen utan yrkesinformation bland samtliga utrikes födda ligger på nästan 40 procent.

**Figur 5 Yrkesfördelning för samtliga respektive försäkrade, uppdelat utrikes och inrikes födda, år 2014**



Resultaten visar på att utrikes födda har en svagare position på arbetsmarknaden än inrikes födda och går i linje med att en lägre andel av utrikes födda kategoriseras som *försäkrade*. Bland alla *försäkrade* är andelen yrken som kräver fördjupad och allmän högskolekompetens högre för inrikes födda, medan andelen yrken inom service-, omsorg- och försäljningsarbeten samt yrken utan krav på särskild utbildning är högre för utrikes födda. Även

bland *försäkrade* utrikes födda saknas dock information om yrkeskategori för 7 procent av individerna.

Systematiska skillnader i yrkesfördelningen mellan inrikes och utrikes födda kan förväntas få konsekvenser för sjukfrånvaron, eftersom sjukfrånvaron generellt skiljer sig åt för olika yrken. Vård och omsorg, en yrkeskategori där utrikes födda är överrepresenterade, stod exempelvis för en femtedel av alla sjukfall i Sverige år 2014, trots att de representerade en åttondel av alla anställda (Försäkringskassan, 2015).

Vår avgränsning av populationen leder till att vi undersöker en grupp med starkare arbetsmarknadsanknytning än befolkningen i snitt. Avgränsningen minskar skillnaderna mellan utrikes och inrikes födda genom att en större andel av den utrikes födda befolkningen exkluderas. Utrikes födda inom gruppen *försäkrade* har generellt sett lägre utbildning och arbetar i högre utsträckning i yrken där sjukfrånvaron är högre än för inrikes födda.

## Störst andel *försäkrade* från Europa

Utrikes födda som är *försäkrade* kommer från olika delar av världen. I Tabell 2 redovisas hur stor andel som är *försäkrade* inom varje födelse-region samt vilka geografiska områden utrikes födda individer som är *försäkrade* kommer ifrån.

**Tabell 2 Andelen *försäkrade* bland utrikes födda i åldern 16–64 år, uppdelad på kön och födelse-region, år 2014**

	Kvinnor		Män		Andel av <i>försäkrade</i> (%)
	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	
Norden utom Sverige	68	45 004	63	37 447	14
varav Finland	76	31 709	75	24 056	10
EU 12 utom Norden	48	18 380	57	30 295	8
varav Grekland	48	1 768	57	3 277	1
Övriga Europa	54	78 811	61	82 888	28
Afrika söder om Sahara	29	15 537	36	20 667	6
Asien utan Mellanöstern	39	41 072	43	33 291	13
MENA	35	48 766	45	78 501	22
varav Turkiet	46	7 283	59	12 561	3
Nordamerika	45	6 185	52	7 880	2
Sydamerika	56	15 856	61	16 878	6
Oceanien	53	1 684	53	1 684	1
<b>Totalt</b>	<b>46</b>	<b>270 303</b>	<b>51</b>	<b>309 531</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> MENA inkluderar här länder i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet.

De flesta utrikes födda *försäkrade* kommer från Europeiska födelse-regioner (Norden utom Sverige, EU 12 utom Norden och Övriga Europa); de representerar hälften av alla utrikes födda *försäkrade*. Därefter är en stor andel utrikes födda från Asien och MENA; de motsvarar 35 procent av alla *försäkrade*. Mellan 1 till 6 procent av utrikes födda *försäkrade* har sitt ursprung från Afrika söder om Sahara, Oceanien, Nord- och Sydamerika.

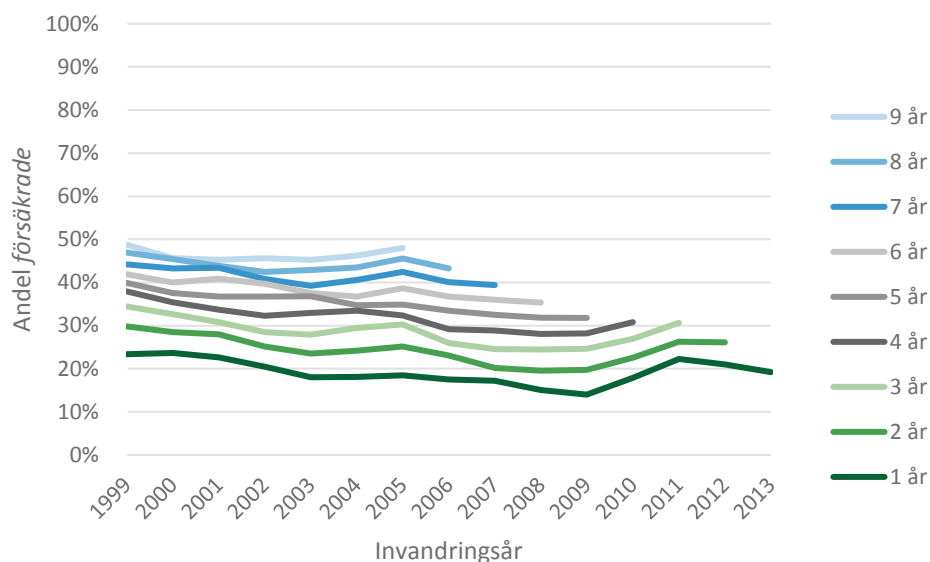
Andelen *försäkrade* skiljer sig även åt inom olika födelseregioner. Några länder redovisas separat eftersom tidigare rapporteringar tyder på att dessa länder kan skilja sig från andra länder inom samma födelseregion (Försäkringskassan, 2005). Andelen *försäkrade* är som störst för utrikes födda från de nordiska länderna, där 68 procent av alla folkbokförda var *försäkrade* år 2014. Särskilt utmärker sig utrikes födda från Finland med en andel på 76 procent. De grupper som har lägst andel *försäkrade* är födda i födelseregionerna Afrika söder om Sahara, Asien utan Mellanöstern och MENA, där andelarna varierar mellan 29 och 45 procent för kvinnor och män. Resultaten visar att utrikes födda från olika regioner inte har samma tillgång till sjukförsäkringen.

För nästan alla födelseregioner har män en högre andel *försäkrade* än kvinnor. De grupper som skiljer ut sig är utrikes födda från de nordiska länderna där kvinnor i något högre utsträckning är *försäkrade* än män.

## Tiden i Sverige påverkar andelen *försäkrade*

Från det året man invandrar kan det ta många år att komma i arbete och få tillgång till den inkomstbaserade sjukförsäkringen. Figur 6 visar andelen *försäkrade* ett visst antal år efter migrationen för personer som invandrade mellan åren 1999 och 2014. På x-axeln visas invandringsåret och på y-axeln hur stor andel som, enligt definitionen, är *försäkrade*. Varje linje representerar i sin tur ett visst antal år sedan invandringsåret.

**Figur 6** Andel (procent) av respektive invandringskohort<sup>1</sup> som är *försäkrade* efter ett visst antal år i Sverige



<sup>1</sup> Figuren avgränsas till utrikes födda som invandrar från och med 16 års ålder och inte är äldre än 64 år vid given tidpunkt. Exempelvis: Av alla utrikes födda som invandrade år 1999 (och då var äldre än 16 år) var 49 procent *försäkrade* efter 9 år i Sverige (bland de som inte hunnit fylla 65 år). Se Bilaga 1 för exakta siffror.

Vi ser att andelen *försäkrade* stiger för varje redovisat år. Exempelvis, av alla som kom till Sverige 1999 var 23 procent *försäkrade* redan året efter invandring och 30 procent efter två år, medan efter 9 år var 49 procent *försäkrade* av den invandringskohorten. En individ kan vara *försäkrad* ett visst år för att sedan förlora kopplingen till arbetsmarknaden. Andelen som *någonsin* varit *försäkrade* är därför något högre än vad som redovisas i Figur 6. Efter nio år i landet har de flesta som kommer att komma i arbete gjort så, varför senare år har utelämnats ur figuren.

Personer som är *försäkrade* de tre första åren har förmodligen till stor del arbetskraftsinvandrat eller anhöriginvandrat eftersom etablering i Sverige och språk ofta är ett hinder för asylsökande att komma in på arbetsmarknaden efter så kort tid. Även utbildningar kan behöva kompletteras eller läsas om.<sup>8</sup>

Notera även att den genomsnittliga andelen *försäkrade* av samtliga utrikes födda år 2014, 48 procent, drivs neråt av individer som nyligen invandrat. Om vi inkluderar alla utrikes födda i befolkningen, det vill säga även de som invandrat tidigare än 1999 samt före 16 års ålder, är i genomsnitt 65 procent *försäkrade* år 2014 efter minst nio år i Sverige. Resultaten tyder därför även på att personer som invandrat det senaste decenniet står längre ifrån arbetsmarknaden än personer som invandrade under 80- och 90-talet.

Det finns ingen markant skillnad i avståndet mellan linjerna över tid, vilket indikerar att inträdeshastigheten varit lika stor för alla utrikes födda, oavsett invandringsår, sedan 1999. Däremot är avstånden mellan åren inom respektive invandringsgrupp minskande, vilket innebär att hastigheten med vilken de utrikes födda över tid etablerar sig på arbetsmarknaden och blir *försäkrade* gradvis minskar.

Andelen *försäkrade* har haft relativt små svängningar sedan 1999. En förklaring kan vara att de senaste 15 åren har Sverige varit jämförelsevis mer ekonomiskt stabilt än tidigare år. Dagens nivåer av andelen *försäkrade* är tillbaka på de andelarna som fanns bland utrikes födda som invandrade i början av 90-talet då vi hade en tydlig lågkonjunktur i Sverige. Som mest hade 70 procent av de utrikes födda som invandrade i mitten av 80-talet och mitten av 90-talet kommit i arbete någon gång, vilket var perioder när det ekonomiska läget var gynnsamt (Eriksson m.fl. 2007). Den höga andelen av utrikes födda i arbete drevs då mycket av arbetskraftsinvandrare från Finland som skiljer sig från personer som får uppehållstillstånd i dag. Konjunkturen kan därför inte förklara hela utvecklingen av andelen utrikes födda som kommer i arbete, utan egenskaper hos invandringskohorterna som varierar över tid (så som utbildningsnivån och orsaken till invandringen) är också viktiga för hur väl individer som invandrar kommer in på arbetsmarknaden.

---

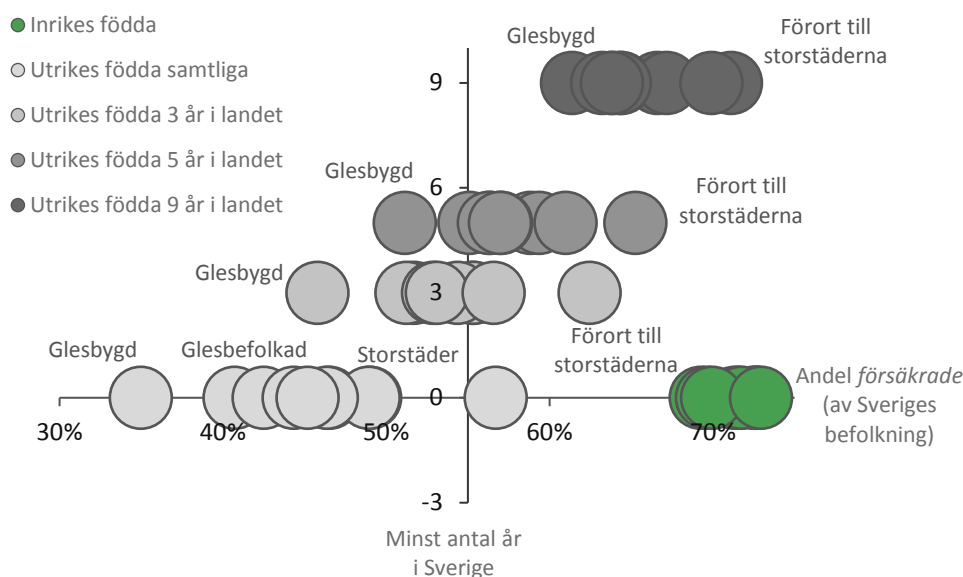
<sup>8</sup> Att invandringsorsaken är central för tiden till arbetsmarknadsinträde har visats tidigare, se exempelvis diskussion i Eriksson m.fl. (2007) eller Eriksson (2011)



## Förortskommuner till storstäderna har högst andel försäkrade

Arbetsmarknaden är avgörande för tillgången till sjukförsäkringen. I denna del undersöks därför om det finns en regional spridning i hur stor andel av befolkningen som är försäkrad. Figur 7 visar hur andelen försäkrade skiljer sig åt utifrån SKLs kommunindelning (baserat på befolknings- och näringsstruktur).

**Figur 7 Andel försäkrade av Sveriges befolkning 16 till 64 år, uppdelat på kommungrupp, födelseland<sup>1</sup> och antal år i Sverige, år 2014**



<sup>1</sup> Utrikes födda är uppdelade efter antal år sedan invandring. Exempelvis bubblorna vid minst 0 år i Sverige redovisar hur stor andel av *alla* utrikes födda som är försäkrade inom olika kommungrupper. Resterande mätpunkter visar hur stor andel som är försäkrade inom olika kommungrupper av utrikes födda som varit minst 3, 5 och 9 år i Sverige. Se Bilaga 1 för exakta siffror.

Andelen av befolkningen i åldern 16 till 64 som definierats vara försäkrade beskrivs av x-axeln. Utrikes födda ligger till vänster om inrikes födda eftersom de i lägre grad är försäkrade oavsett kommuntyp. Kartläggningen visar att det finns en stor regional skillnad i hur stor andel som blir försäkrade bland utrikes födda. Glesbygdskommuner har lägst andel försäkrade bland utrikes födda medan förortskommuner till storstäderna har högst andel. Inrikes födda visar däremot inte på några större regionala skillnader i andelen som blir försäkrade (se Bilaga 1 för exakta siffror).

Utplaceringen av asylsökande har i hög grad följt tillgången på lediga bostäder, medan invandranes flyttmönster har gått i riktning mot tätorter (Wennström och Öner, 2015). Detta innebär att om vi studerar det sammanlagda regionala mönstret (längst ned i Figur 7) dominerar den utrikes födda populationen i mer glesbefolkade delar av landet av individer som varit mycket kort tid i landet. Vi ser också att andelen försäkrade i glesbygd radikalt förändras från 35 procent när vi studerar totalen till 61 procent när vi kräver att populationen ska ha varit minst nio år i landet.

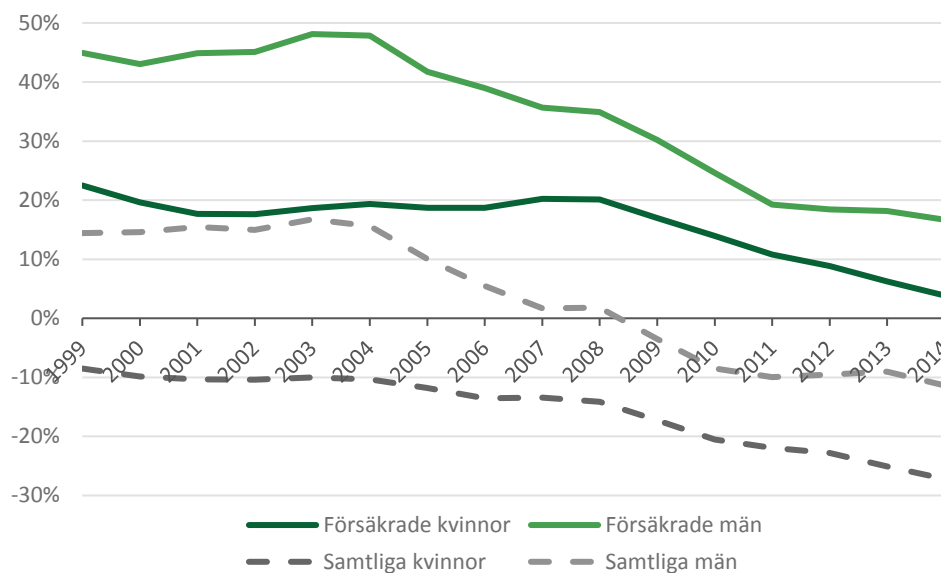
## Sjukfrånvaron bland försäkrade

Bland försäkrade har utrikes födda en högre sjukfrånvaro jämfört med inrikes födda, vilket till stor del kan förklaras av att de arbetar i yrken där sjukfrånvaron är högre. Inom specifika yrkeskategorier kvarstår dock en något förhöjd sjukfrånvaro bland utrikes födda, men mycket tyder på att utrikes och inrikes födda har liknande sjukfrånvaromönster.

### Utrikes födda har högre sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron visar olika mönster beroende på vilken population som studeras. I detta avsnitt studeras specifikt sjukfrånvaron för den försäkrade populationen. Figur 8 och Figur 9 är dock uppdelat på både försäkrade och samtliga för att ge en transparent jämförelse. Figur 8 redovisar skillnaden i sjukfrånvaron för utrikes födda relativt inrikes födda över tid separat för kvinnor och män.

**Figur 8 Sjukfrånvaro för utrikes födda som procent av sjukfrånvaro för inrikes födda, uppdelat på kön, och separat för försäkrade och samtliga**



Anm: Utrikes födda försäkrade jämförs med inrikes födda försäkrade, medan samtliga utrikes födda jämförs med samtliga inrikes födda. Exempelvis, år 1999 hade utrikes födda försäkrade kvinnor 22 procent högre sjukfrånvaro jämfört med inrikes födda försäkrade kvinnor. Samma år var sjukfrånvaron bland samtliga utrikes födda kvinnor i stället 9 procent lägre jämfört med samtliga inrikes födda kvinnor.

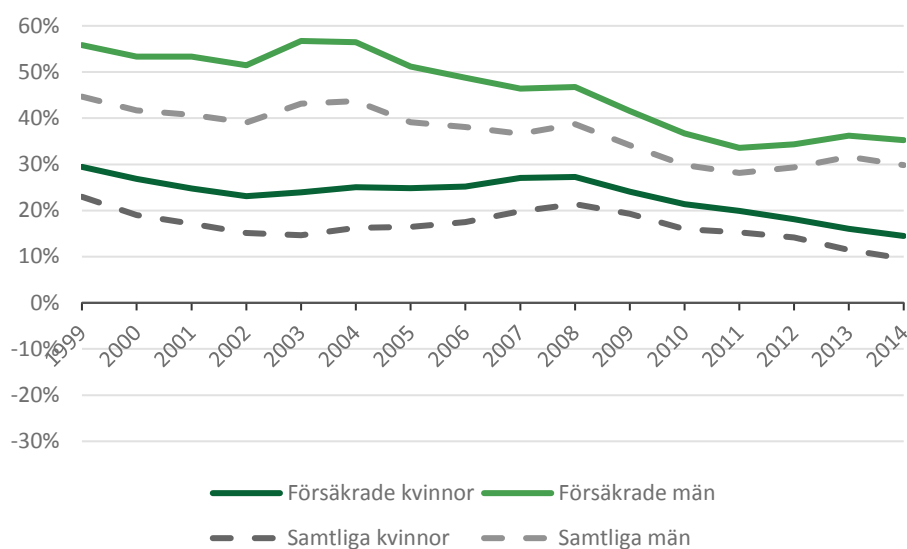
Sjukfrånvaron är betydligt högre för utrikes födda i kategorin försäkrade, för både kvinnor och för män. Bland utrikes födda kvinnor har sjukfrånvaron varit runt 20 procent högre än för inrikes födda kvinnor fram till och

med år 2008. Likaså har män under samma tidsperiod och kategori en nästan 40 procent högre sjukfrånvaro jämfört med inrikes födda män.

Det syns tydligt att utrikes föddas överrisk blir lägre om sjukfrånvaron studeras i hela befolkningen. Det beror på att i befolkningen som helhet står utrikes födda längre ifrån arbetsmarknaden vilket gör att de har en mer begränsad tillgång till de inkomstbaserade försäkringarna.

Efter 2008 ser det dock ut som att utrikes föddas sjukfrånvaro har minskat relativt inrikes föddas över tid, även om andelen med sjukfrånvaro fortfarande är högre för utrikes födda. Detta gäller oavsett om vi studerar samtliga eller *försäkrade*. Den minskande skillnaden i sjukfrånvaro mellan utrikes och inrikes födda drivs förmodligen av hur lång tid gruppen utrikes födda i snitt har varit i Sverige och haft tid att komma in på arbetsmarknaden. Figur 9 visar därför sjukfrånvaron för utrikes födda som varit minst nio år i Sverige i jämförelse med inrikes föddas sjukfrånvaro.

**Figur 9 Sjukfrånvaro för utrikes födda (som varit minst 9 år i landet) som procent av sjukfrånvaro för inrikes födda, uppdelat på kön, och separat för försäkrade och samtliga**



Anm: Utrikes födda *försäkrade män* jämförs med inrikes födda *försäkrade män*, medan *samtliga* utrikes födda män jämförs med *samtliga* inrikes födda män, och motsvarande för kvinnor.

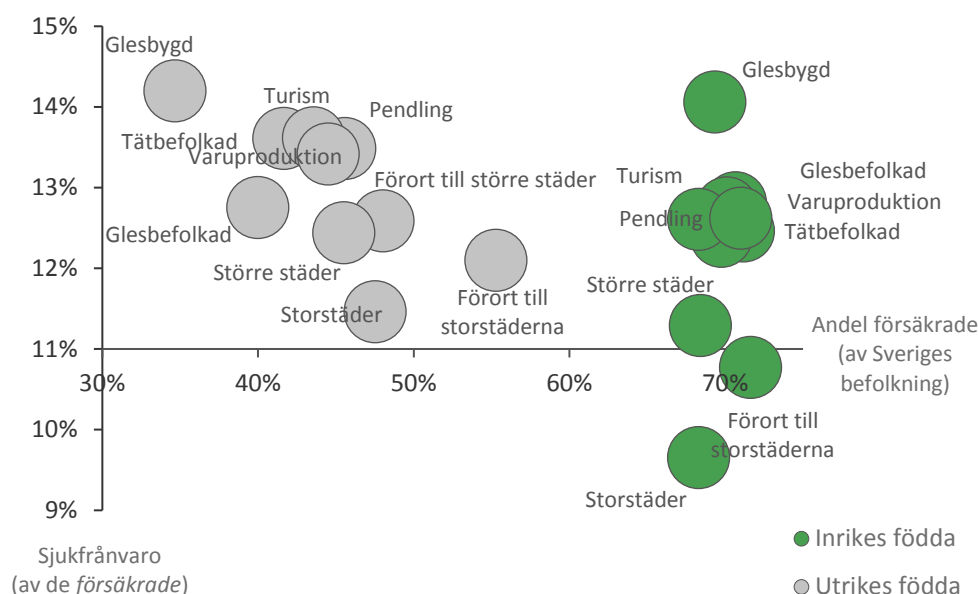
Den sjunkande sjukfrånvaron för utrikes födda relativt inrikes födda planar ut betydligt när endast de som varit en längre tid i Sverige är inkluderade. Det tyder på att skillnader i sjukfrånvaro förklaras av skillnader i tillgång till arbetsmarknaden och sjukförsäkringen. Dessutom är utrikes födda som kommer i arbete troligtvis en mer friskare grupp vilket skulle minska deras sjukfrånvaro under de första åren i arbetslivet.

Skillnaden i sjukfrånvaro mellan utrikes födda män och inrikes födda män är högre än samma jämförelse mellan kvinnor, det vill säga könsskillnaderna i sjukfrånvaro är mindre bland utrikes födda än bland inrikes födda.

## Högst sjukfrånvaro i glesbygden

Sjukfrånvaron skiljer sig åt för olika delar av landet. Figur 10 visar förutom andelen *försäkrade* även nyttjandet av den, dvs. andelen med sjukfrånvaro bland alla *försäkrade*.

**Figur 10** Andel *försäkrade* och andelen med sjukfrånvaro uppdelat på kommungrupper och utrikes och inrikes födda, år 2014



Andel av Sveriges befolkning som är *försäkrade* visas på x-axeln. Andelen med sjukfrånvaro beskrivs på y-axeln och visar på ett liknande regionalt mönster för utrikes och inrikes födda.

Sjukfrånvaron är störst i glesbygdskommuner medan storstäder och förortskommuner till storstäder har lägst sjukfrånvaro. Att andelen med sjukfrånvaro är högre i glesbygdskommuner skulle kunna förklaras av att det finns en sämre hälsa bland flyktinginvandrare som ofta placeras i mindre kommuner där bostadsbristen är lägre. Däremot förklarar det inte hela bilden då glesbygdskommuner även har högst sjukfrånvaro bland inrikes födda, vilket snarare pekar på regionala skillnader på arbetsmarknaden som förklarande faktor.

## Yrke och inkomst förklarar skillnader i sjukfrånvaro

För att undersöka mönstret närmare försöker vi i nästa steg att identifiera faktorer som kan ligga bakom den högre sjukfrånvaron bland utrikes födda i den *försäkrade* populationen. Tabell 3 redovisar risken för sjukfrånvaro bland utrikes födda jämfört med inrikes födda efter att stegvis ha kontrollerat för samvarierande faktorer. Ett riskestimat högre än 1,0 betyder att risken för sjukfrånvaro är högre jämfört med referensgruppen.

I Modell I redovisas den faktiska risken för sjukfrånvaro i populationen (när ingen hänsyn tagits till samvarierande variabler) medan i Modell IX redovisas risken efter att hänsyn tagits till alla åtta samvarierande faktorer; kön, ålder, utbildning, år, kommun, yrke, inkomst och antal år som *försäkrad*.

**Tabell 3**      **Relativa risker<sup>1</sup> för sjukfrånvaro för utrikes födda jämfört med inrikes födda, efter stegvis justering för samvarierande faktorer (Modell I till IX)**

Variabler	Antal personer	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Inrikes född (Referens)	4 858 800 (84 %)									
Utrikes född	943 500 (16 %)	1,11	1,11	1,11	1,11	1,12	1,13	1,09	1,07	1,09
Kontrollerat för:										
Kön			+	+	+	+	+	+	+	+
Åldersklass				+	+	+	+	+	+	+
Utbildningsnivå					+	+	+	+	+	+
År						+	+	+	+	+
Kommun							+	+	+	+
Yrke								+	+	+
Inkomstklass									+	+
Antal år som <i>försäkrad</i> <sup>2</sup>										+
Kvinnor <sup>3</sup>	452 000 (16 %)	1,08	1,08	1,08	1,07	1,08	1,09	1,05	1,04	1,06
Män <sup>3</sup>	524 000 (17 %)	1,15	1,15	1,16	1,17	1,19	1,20	1,14	1,10	1,12

Anm. Inkluderar endast individer som är definierade som *försäkrade*. Alla värden är signifikanta på 5 procentsnivå. + tecken markerar vilka variabler som tagits hänsyn till i respektive modell. Oddskvoter med konfidensintervall redovisas i Bilaga 1.

<sup>1</sup> Ett riskestimät högre än 1,0 betyder att risken för sjukfrånvaro är högre jämfört med referensgruppen. Exempelvis en risk på 1,11 innebär att utrikes födda har en 11 procents högre risk för sjukfrånvaro jämfört med inrikes födda.

<sup>2</sup> Kategoriserad i två grupper; varit *försäkrad* upp till tre år och i fler än tre år.

<sup>3</sup> Referenspopulationen är inrikes födda kvinnor respektive inrikes födda män.

Resultaten visar att utrikes födda som är *försäkrade* har en 11 procents högre risk för sjukfrånvaro än inrikes födda. Det finns flera faktorer som kan påverka den skillnaden så som populationens sammansättning och tidpunkten vid invandring. Efter att stegvis ha tagit hänsyn till populationens sammansättning minskar överrisken med nästan hälften, från 13 procent till 7 procent, när hänsyn till yrke och inkomst (Modell VII och VIII). Skulle vi justera för inkomst före yrke, i Modell VII, minskar överrisken med nästan lika mycket. Det betyder att utrikes föddas överrisk för sjukfrånvaro gentemot inrikes födda till drygt hälften kan förklaras av skillnader inom yrkeslivet. Att justera för kommund tillhörighet gav ingen stor skillnad i sjukfrånvarorisk vilket tyder på att utbudet av yrken som påverkar sjukfrånvaron är liknande över regioner.

Hänsyn har även tagits till antal år som *försäkrad* eftersom det kan finnas en tendens att vara mindre sjukskriven de första åren på arbetsmarknaden. Efter att ha kontrollerat för alla individuella faktorer och år som *försäkrad* (Modell IX) kvarstår fortfarande en knapp 9 procentig högre risk för sjukfrånvaro för utrikes födda jämfört med inrikes födda. Det innebär att det finns ytterligare faktorer som påverkar den högre sjukfrånvaron bland utrikes födda som inte kan förklaras av de variabler som vi inkluderat i

modellen. Mer detaljerade kontroller kopplade till position på arbetsmarknaden skulle sannolikt ta bort ytterligare en del av utrikes föddas överrisk. Likaså är det troligt att den ökade risken kan bero skillnader i sammansättningen av gruppen utrikesfödda som exempelvis födelseland som inte kunnat hanteras separat i modellen. Utöver födelseland skiljer sig utrikes födda även åt på andra områden som exempelvis tidpunkten och orsaken till invandring. Skillnader inom gruppen utrikes födda svarar troligtvis för mycket av den kvarvarande överrisken och diskuteras mer i detalj senare i kapitlet.

Det är framför allt kontroll för yrkes- och inkomstkategorier som visar sig ha stor inverkan på utrikes föddas överrisk. Detta beror sannolikt på att skillnader i position på arbetsmarknaden är indikativt för skillnader i sjukfrånvaro på samma sätt för utrikes och inrikes födda, men att utrikes födda i högre grad befinner sig i yrkeskategorier med högre sjukfrånvaro. Det är troligt att utrikes födda även inom respektive yrkeskategorier arbetar inom de yrken som har sämre arbetsvillkor och högre sjukfrånvaro. Vi kan dock inte säga att det är utrikes föddas sämre position på arbetsmarknadspositionen som orsakar sjukfrånvaron.

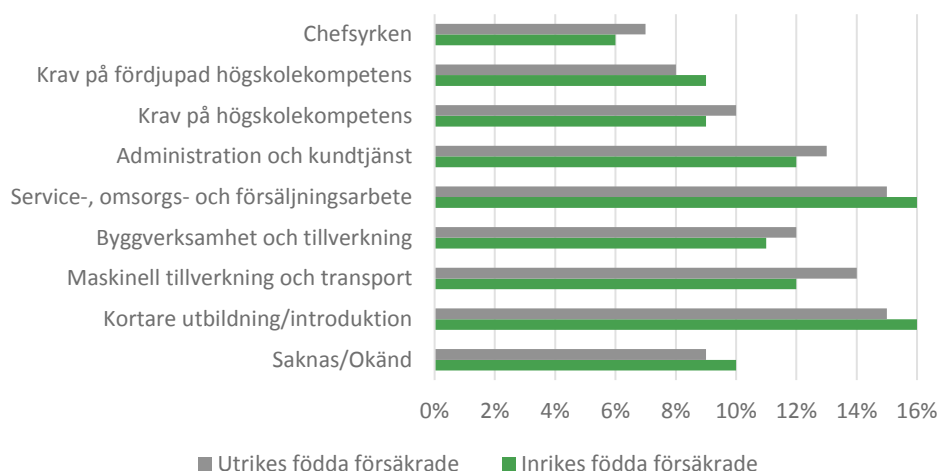
Bakgrunden till att det finns skillnader på arbetsmarknaden är bland annat att utrikes födda har sämre kunskaper i svenska (Rooth och Åslund, 2006), sämre nätverk, samt att diskrimineringen av utrikes födda på arbetsmarknaden inte är obetydlig (Eriksson, 2011). Dessa faktorer skulle kunna ha inverkat på hälsa även via andra kanaler än genom att påverka gruppernas framgång på arbetsmarknaden. Skillnader i hälsa tenderar också att ha konsekvenser för individers arbetsmarknadsframgångar. Utrikes födda har i snitt sämre hälsa än inrikes födda, även om variationen är stor mellan ursprungsländer (Arbetsmiljöverket, 2012).

Nivån i sjukfrånvaro skiljer sig åt mellan könen. Skillnaden i risken för sjukfrånvaro mellan utrikes och inrikes födda kvinnor är lägre än mellan utrikes och inrikes födda män. Det tyder på att skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män är större i den inrikes födda populationen av *försäkrade*.

### Sjukfrånvaron är liknande inom specifika yrkesgrupper

Hur ser då sjukfrånvaron inom specifika yrkeskategorier ut? Yrkesfördelningen bland utrikes och inrikes födda redovisades tidigare i avsnittet 'vilka är de *försäkrade*?'. Figur 11 visar andelen personer med minst en sjukfrånvaroperiod längre än 14 dagar bland utrikes och inrikes födda *försäkrade* för olika yrkesgrupper.

**Figur 11 Sjukfrånvaro för olika yrken bland försäkrade, uppdelat på utrikes och inrikes födda, år 2014**



Andelen sjukskrivna är något högre bland utrikes födda i yrken inom maskinell tillverkning och transport där 14 procent av alla utrikes födda hade minst en sjukskrivning under året vilket kan jämföras med 12 procent av alla inrikes födda. I övriga kategorier är sjukfrånvaron relativt lika. Sjukfrånvaron skiljer sig endast åt med 1 procentenhet inom de flesta yrken för utrikes och inrikes födda. Resultaten visar alltså på att utrikes och inrikes födda *försäkrade* har ett liknande sjukfrånvaromönster.

Sjukfrånvaron är som störst för yrken inom service, -omsorg och försäljningsarbete samt kortare utbildning och introduktion där 16 procent av alla inrikes födda haft en sjukfrånvaro under året och 15 procent av alla utrikes födda. Dessa yrken är dock betydligt vanligare bland utrikes födda (se även Figur 5) där hela 23 procent av alla personer befinner sig till skillnad från inrikes födda där andelen *försäkrade* i dessa yrken endast uppgår till 19 procent. Likaså i yrken med kortare introduktion, där sjukfrånvaron också är högre, är andelen *försäkrade* 11 procent bland utrikes födda och 3 procent bland inrikes födda. Det innebär att även om andelen med förekomst av en sjukfrånvaro är liknande för utrikes och inrikes födda så är utrikes födda *försäkrade* överrepresenterade bland yrken där sjukfrånvaron är högre vilket leder till att utrikes födda får högre sjukfrånvaro som helhet.

## Högst sjukfrånvaro för individer från konflikttrabbade områden

Vi går nu djupare in på en faktor som ofta hänger samman med hur snabbt individer kommer in på den svenska arbetsmarknaden: födelseland. Tidigare rapporter visar på att det finns en skillnad i ohälsa för utrikes födda från olika länder (Statens folkhälsoinstitut 2002). En del grupper av utrikes födda löper exempelvis en väsentligt större risk än inrikes födda att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och lungsjukdomar.

Figur 12 visar andelen personer med minst en sjukskrivning bland alla *försäkrade* uppdelat på födelseregioner för år 2014. Här framkommer

tydligt en skillnad i sjukfrånvaro mellan personer som invandrar från olika områden. Fördelningen skiljer sig inte åt från tidigare år.

**Figur 12** Andel personer med minst en sjukskrivning av alla *försäkrade* uppdelat på kön och födelselandsregion, år 2014

	Kvinnor (%)	Män (%)	Samtliga (%)
Norden utom Sverige	17	11	14
varav Finland	17	12	15
EU 12 utom Norden	12	7	9
varav Grekland	15	9	11
Övriga Europa	15	9	12
Afrika söder om Sahara	13	7	10
Asien utan Mellanöstern	12	5	9
MENA	19	11	14
varav Turkiet	20	10	13
Nordamerika	13	7	10
Sydamerika	18	9	14
Oceanien	11	6	7
<b>Totalt</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>12</b>

<sup>1</sup> MENA inkluderar länder i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet.

Högst sjukfrånvaro noteras bland utrikes födda från länder med tidigare förekomst av konflikter. Av alla utrikes födda från MENA och Turkiet separat har 14 procent respektive 13 procent minst en sjukfrånvaroperiod under året. Likaså utrikes födda från Sydamerika har en hög sjukfrånvaro, 14 procent, som framför allt förklaras av personer födda i Chile som varit med om konflikter i samband med militärkuppen i landet. Om utrikes födda från Chile exkluderas minskar sjukfrånvaron i Sydamerika till liknande nivåer som utrikes födda med födelseregion i Nordamerika. Det finns mycket som tyder på att erfarenheter i samband med flykt från länder med konflikter kan leda till traumatiska händelser och psykiatriska sjukdomar (Nielsen m.fl. 2008; Hollander m.fl. 2016). Personer som invandrar på grund av asylskäl har därför förmodligen en högre sannolikhet för sjukfrånvaro när de väl kommer in på arbetsmarknaden och får tillgång till sjukförsäkringen.

Sjukfrånvaron är även hög bland utrikes födda *försäkrade* med födelseland i de nordiska länderna där 14 procent av alla försäkrade hade minst en sjukskrivning under året. Det kan med stor sannolikhet drivas av invandrargrupper från Finland som generellt haft mer enformiga arbetsuppgifter och mer fysiskt påfrestande arbeten (Statens folkhälsoinstitut, 2002).

Något förvånande är dock att *försäkrade* med födelseregion från Afrika söder om Sahara har en förhållandevis låg sjukfrånvaro, 10 procent, trots att den regionen även varit drabbad av konflikter. Det är dock endast ett fåtal av personer dessa länder som är *försäkrade* (som vi såg tidigare i Tabell 2) vilket kan tyda på att de personer som väl kommer in på arbetsmarknaden förmodligen är en friskare grupp. Minst sjukskrivna är *försäkrade* från Oceanien och Asien utan Mellanöstern.



För samtliga födelseregioner är sjukfrånvaron högre bland kvinnor. Bland alla *försäkrade* utrikes födda hade 16 procent av kvinnorna i genomsnitt minst en sjukfrånvaro medan andelen bland män endast var 9 procent. Den högre sjukfrånvaron för kvinnor bland utrikes födda ser man även för inrikes födda, vilket tyder på att grupperna följer samma sjukfrånvaromönster.

## Diskussion

Denna rapport har undersökt utrikes respektive inrikes föddas tillgång till och nyttjande av sjukpenning samt vilka faktorer som förklarar skillnaden mellan grupperna. Det är därmed endast den inkomstbaserade delen av sjukförsäkringen som har studerats och då endast förekomst av sjukpenning och rehabiliteringspenning i sjukfall längre än 14 dagar. Skillnader i sjukskrivningslängd eller sjukskrivningsorsak omfattas inte av denna undersökning.

Sverige har de senaste åren haft de högsta nivåerna någonsin av personer som sökt asyl, vilket främst varit en konsekvens av kriget i Syrien. Även om nivåerna minskat sedan dess kan antalet asylsökande förväntas fortsätta med cirka 80 000 personer fram till 2019 enligt Migrationsverkets prognoser. Utrikes föddas relation till sjukförsäkringen är därför viktig att studera för att bättre förstå hur migrationen kan tänkas påverka sjukfrånvarons utveckling framöver.

### Utrikes födda har begränsad tillgång till sjukpenning

Sjukpenning är en inkomstbaserad ersättning vilket innebär att arbetsmarknaden är en viktig faktor bakom relationen till sjukfrånvaron. I föreliggande rapport definieras begreppet *försäkrad* som är en skattning av att individen med stor sannolikhet bedöms ha tillgång till sjukförsäkringen. Den *försäkrade* populationen består av knappt varannan utrikes född och nästan två tredjedelar av alla inrikes födda i arbetsför ålder. En stor del av befolkningen har därmed en begränsad tillgång till sjukförsäkringen. Det betyder i realiteten att hälften av alla utrikes födda i dagsläget inte kommer att påverka sjukfrånvarons nivåer i någon större utsträckning eftersom att de inte har samma tillgång till sjukpenning som personer som är *försäkrade*.

Tidpunkten vid invandring har också en betydelse för olika invandrargruppers tillgång till arbetsmarknaden och den inkomstbaserade sjukförsäkringen. Andelen *försäkrade* av alla utrikes födda ökar med tiden sedan invandring, och beroende på konjunkturen går denna process fortare eller långsammare för olika grupper av invandrade. Under åren 1999 till 2014 visar resultaten att efter nio år i landet har strax under hälften av alla utrikes födda som invandrade under perioden kommit in på arbetsmarknaden och kunnat definieras som *försäkrade*, och med stor sannolikhet ha tillgång till sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga. En stor andel utrikes födda kommer, om tidigare tendenser håller i sig, att efter en ganska lång tid i landet fortfarande stå långt ifrån de inkomstbaserade försäkringarna.

Utrikes födda från de nordiska länderna är *försäkrade* i högre utsträckning än andra födelseregioner, vilket leder till att den gruppen har en större tillgång till sjukförsäkringen. Individer födda i de nordiska länderna är till stor del tidiga arbetskraftsinvandrare som har haft längre tid på sig att

komma in på den svenska arbetsmarknaden i jämförelse med det senare decenniets flykting- och anhöriginvandring. Individer som invandrar på senare tid står därför längre ifrån arbetsmarknaden och måste över barriärer, som kontakter, språk och utbildningsnivåer, för att nå samma möjligheter till arbete som utrikes födda som varit i Sverige en längre tid.

### Sjukfrånvaron bland utrikesfödda följer samma mönster som inrikes födda

Genom att studera sjukfrånvaron i den *försäkrade* populationen får man en mer rättvis bild av sjukfrånvaron. I genomsnitt har den *försäkrade* utrikes födda befolkningen en högre sjukfrånvaro jämfört med inrikes födda. Skulle sjukfrånvaron ha jämförts i hela befolkningen skulle utrikes födda i stället få en lägre sjukfrånvaro. Det beror på att i befolkningen som helhet står utrikes födda längre ifrån arbetsmarknaden vilket inte ger samma tillgång till de inkomstbaserade försäkringarna. Utrikes föddas sjukfrånvaro relateras då i större utsträckning till individer som inte kan få sjukpenning vilket späder ut resultaten och inte ger en helt verklig bild av sjukfrånvaron.

Det regionala mönstret i sjukfrånvaro (med lägre sjukfrånvaro i kommuner till storstäder och högre sjukfrånvaro i glesbygden) ser likadan ut mellan utrikes och inrikes födda. Utrikes födda följer alltså samma sjukfrånvaromönster som inrikes födda. Det pekar på att arbetsmarknaden är den främsta orsaken till skillnader i sjukfrånvaro mellan utrikes och inrikes födda.

Utrikes födda uppvisar däremot en mindre skillnad i sjukfrånvaro *mellan* kvinnor och män. Det är förväntat utifrån att inrikes födda kvinnor är *försäkrade* i högre utsträckning än utrikes födda kvinnor. Resultatet stämmer överens med att Sverige har det högsta arbetskraftsdeltagandet bland kvinnor och den största skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor i Europa enligt Eurostats arbetskraftsundersökningar.

### Yrke förklarar mycket av utrikes föddas högre sjukfrånvaro

Den högre sjukfrånvaron bland utrikes födda kan till stor del förklaras av yrkes- och inkomst kategorier. När hänsyn tas till dessa faktorer minskar överrisken med drygt hälften. En uppdelning på yrkeskategori visar att utrikes födda är överrepresenterade inom service-, omsorg- och försäljningsarbeten samt i yrken utan krav på särskild utbildning. Detta är yrkeskategorier med jämförelsevis hög sjukfrånvaro. Vård och omsorg stod exempelvis för en femtedel av alla sjukfall i Sverige år 2014. Det är dock viktigt att poängtera att *inom* samma yrke är sjukfrånvaron väldigt liknande mellan utrikes och inrikes födda. Det skiljer endast någon procentenhet i andelen sjukfall mellan grupperna, vilket stämmer överens med tidigare resultat i att utrikesfödda och inrikes födda har liknande sjukfrånvaromönster. Den fortsatta frågan är om de redovisade resultaten kommer påverkas i och med den ökade migrationen. Bland annat väcks frågor som i vilken utsträckning nyanlända utrikes födda kommer att etablera sig i samma yrkeskategorier som tidigare nyanlända, samt hur de aktuella yrkesområdenas koppling till sjukfrånvaron ser ut framöver.

Den centrala frågan är ändå om det är så att de yrkeskategorier där utrikes födda är överrepresenterade leder till sjukfrånvaro eller om individer med sämre hälsa arbetar i dessa yrkeskategorier? En indikation på att arbetsmiljön har en drivande roll bakom åtminstone psykisk ohälsa fås av att förändringar i upplevd arbetsmiljö samvarierar med förändringar i sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser (Försäkringskassan, 2016). Om detta är hela förklaringen så påverkar inte utrikes födda sjukfrånvaron som helhet, eftersom högre sjukfrånvaro bland utrikes födda samtidigt innebär lägre sjukfrånvaro bland inrikes födda. Men det kan även vara så att individer med sämre hälsa är överrepresenterade inom yrkeskategorierna ifråga, och att det åtminstone till viss del är dessa individers underliggande överrisk som ger yrkesmönstret. Om detta är en delförklaring till utrikes föddas överrisk för sjukfrånvaro så hjälper det inte att positionen på arbetsmarknaden är en förklarande faktor, eftersom utrikes föddas ohälsa är orsaken bakom både yrkesmönster och sjukfrånvaro.

På kort sikt ser invandringen ut att i viss mån skapa konkurrens inom låginkomstyrken som gör att sysselsättningsnivån minskar för inrikes födda, men bara för invandring från Norden (Engdahl, 2016). Invandrande grupper av flyktingar och anhöriga visar däremot ingen påverkan på konkurrensen den närmaste tiden. Det är däremot möjligt att konkurrensen kommer att öka framöver när invandrade grupper inhämtar kunskaper i språk och kommer närmare den Svenska arbetsmarknaden (Engdahl, 2016).

#### *Sjukfrånvaro inom gruppen utrikes födda*

Även om yrkesfördelningen antagligen förklarar mycket av den högre sjukfrånvaron bland utrikes födda kvarstår en ökad risk som inte kan förklaras av socioekonomiska faktorer och tiden på arbetsmarknaden. Orsaken till invandring och födelseland är två faktorer som ofta hänger samman med hälsa och hur snabbt individerna kommer in på den svenska arbetsmarknaden. Det finns mycket som tyder på att exempelvis psykiatriska sjukdomar är vanligare bland asylsökande och tenderar att ge konsekvenser för individers hälsa framåt i tiden.

I ett första steg är det troligt att en selekterad och friskare grupp av utrikes födda individer kommer in på arbetsmarknaden. Det påvisas även i resultaten genom att det endast är en relativt låg andel som blir *försäkrade* från födelseområden i områden med tidigare konflikter som i Afrika söder om Sahara men där dessa personer har en lägre sjukfrånvaro i förhållande till andra födelseregioner.

Den högre sjukfrånvaron bland utrikes födda från konfliktdrabbade länder tyder på att personer som till viss del fått uppehållstillstånd på grund av asylskäl de senaste åren kan ha en högre risk för sjukfrånvaro jämfört med personer som invandrat av andra anledningar. Påverkan på sjukförsäkringen bedöms ändå – åtminstone i det kortare perspektivet – bli begränsad på grund av en selektion till att endast personer med en inkomstbaserad inkomst kan nyttja sjukförsäkringen.

## Immigrationen har begränsad påverkan på sjukförsäkringen

I relation till att majoriteten av den *försäkrade* befolkningen består av inrikes födda individer kommer personer som invandrat endast vara en mindre del av dessa. Det är även troligt att det för personer som sökte asyl i den stora flyktingvågen år 2015 kommer att ta ännu längre tid att bli *försäkrade* i jämförelse med tidigare invandrade grupper. Det stora antalet ansökningar om uppehållstillstånd har gjort att utredningstiden till beslut hos Migrationsverket kan ta upp emot 20 månader, och individer som inte vet om de får möjlighet att stanna i landet integreras troligtvis inte lika snabbt på arbetsmarknaden. Det är även troligt att de senaste årens invandrargrupper i hög utsträckning har lägre utbildningsnivåer vilket ytterligare kan försena arbetsmarknadsinträdet då den svenska arbetsmarknaden till stor del är anpassad för högre utbildningsnivåer.

En ökande andel individer som står utanför den arbetsbaserade sjukförsäkringen har även effekter på sjukpenningtalet, som är det mått på ohälsa som officiellt används för att beskriva sjukfrånvaron. Sjukpenningtalet, netto-sjukfrånvaro per invånare, är beräknat på hela befolkningen mellan 16 och 64 år. En förenklad beskrivning av beräkningen av sjukpenningtalet är; alla utbetalda nettodagar (täljaren) dividerat med antalet i befolkningen (nämnaren). Det innebär att om sjukfrånvaron är oförändrad medan befolkningen ökar kommer sjukpenningtalet att minska. Men om befolkningsökningen till stor del består individer med begränsad tillgång till sjukförsäkringen så blir förändringen av sjukpenningtalet missvisade för den försäkrade populationen. Under tider med stora populationsförändringar på grund av en ökad migration blir således sjukpenningtalet ett sämre beskrivande mått på sjukfrånvaro. För att kringgå detta problem skulle det därför behövas en nämnare i sjukpenningtalet som tydligare beskriver den försäkrade populationen, inte befolkningen. Denna nämnare skulle även behöva fungera i alla kombinationer av variabler, så som kön, ålder, geografi, som är önskvärt att följa.

Det stora antalet nyanlända de senaste åren kommer främst innebära en ökad belastning på socialförsäkringen i de förmåner som inte kräver en arbetsbaserad inkomst. Även om det kvarstår en stor osäkerhet tyder mycket på att ärendevolymer inom sjukförsäkringen förmodligen inte kommer påverkas märkbart av migrationen, åtminstone inte på flera års sikt. Det finns dock indikationer på att sjukfrånvaron kan tänkas öka när individer från de senaste årens stora migration väl kommer in på arbetsmarknaden, men i dagsläget är det för tidigt att uttala sig om effekter på längre sikt.

## Referenser

Arbetsmiljöverket 2012. Migration, arbetsmiljö och hälsa. Rapport 2012:4.

Bengtsson T., & Scott K. (2006). Immigrant consumption of sickness benefits in Sweden, 1982–1991. *The Journal of Socio-Economics* 35; 440-457.

Bergh, A., Nilsson, T., & Waldenström, D. (2012). Blir vi sjuka av inkomstskillnader? En introduktion till sambanden mellan inkomst, ojämlikhet och hälsa. Studentlitteratur.

Dahl, S.V., Hansen, H.T., & Olsen, K.M. (2010). Sickness absence among immigrants in Norway, 1992–2003. *Acta Sociologica*, 53(1), 35-52.

Engdahl, M. (2016). Invandringens arbetsmarknadseffekter. Rapport 2016:11. Uppsala: IFAU.

Erikson, R., Nordström Skans O., Sjögren A., & Åslund O. (2007). Ungdomars och invandrades inträde på arbetsmarknaden 1985–2003. Rapport 2007:18. Uppsala: IFAU.

Eriksson, S. (2011). Utrikes födda på den svenska arbetsmarknaden. Långtidsutredningen. Bilaga 4.

Försäkringskassan (2005). Socialförsäkringsboken 2005. På gränsen till trygghet. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2015). Yrke och sjukfall. Korta analyser 2015:1. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2016). Sjukfrånvarons utveckling 2016. Socialförsäkringsrapport 2016:7.

Hesselius, P. (2007). Does sickness absence increase the risk of unemployment?. *The Journal of Socio-Economics*, 36(2), 288-310.

Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *bmj*, 352, i1030.

Hägglund, P., & Johansson, P. (2016). Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet. Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi, 2016:2.

ISF (2016a). Tidsbegränsade anställningar och sjukförsäkringen, rapport 2016:1.

- ISF (2016b). Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda, rapport 2016:5.
- Johansson, B. (2012). Kunskapsöversikt: migration, arbetsmiljö och hälsa. Arbetsmiljöverket. Rapport 2012:4.
- Leao TS., Sundquist J., Johansson SE., & Sundquist K. (2009). The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a crosssectional study. *Ethn Health*;14:93–105.
- Nielsen, S.S., Norredam, M., Christensen, H.L., Obel, C. and Krasniket m.fl. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study, *BMC Public Health*, 8:293.
- Pettersson-Lidbom, P., & Thoursie, P. S. (2013). Temporary disability insurance and labor supply: evidence from a natural experiment. *The Scandinavian Journal of Economics*, 115(2), 485–507.
- Rooth, O., & Åslund, O. (2007). Får utlandsfödda betalt för sin utbildning och sina kunskaper i svenska?. *Ekonomisk debatt*.
- SCB (2014). Befolkningens utbildning 2014. Sveriges officiella statistik.
- SCB (2016a). Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2016.
- SCB (2016b). Stor skillnad i sysselsättning mellan inrikes och utrikes födda. *Välfärd*. 2, 19–21.
- Statens folkhälsoinstitut (2002). Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Statens folkhälsoinstitut 2002:29.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2011). Kommungruppsindelning 2011.
- Wennström, J., & Öner, Ö. (2015), "Den geografiska spridningen av kommunplacerade flyktingar i Sverige". *Ekonomisk Debatt* 43(4), 52–68.

# Bilaga 1

**Tabell 4**      **Andel (procent) av respektive invandringskohort<sup>1</sup> som är försäkrade efter ett visst antal år i Sverige**

Invandringsår	1 år	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år	7 år	8 år	9 år
1999	23	30	34	38	40	42	44	47	49
2000	24	29	33	35	38	40	43	45	46
2001	23	28	31	34	37	41	43	44	45
2002	20	25	29	32	37	40	41	42	46
2003	18	23	28	33	37	38	39	43	45
2004	18	24	29	33	35	37	41	43	46
2005	18	25	30	32	35	39	42	46	48
2006	18	23	26	29	33	37	40	43	
2007	17	20	25	29	32	36	39		
2008	15	20	24	28	32	35			
2009	14	20	25	28	32				
2010	18	23	27	31					
2011	22	26	31						
2012	21	26							
2013	19								

<sup>1</sup> Tabellen avgränsas till utrikes födda som invandrar från och med 16 års ålder och inte är äldre än 64 år vid given tidpunkt. Exempelvis: Av alla utrikes födda som invandrade år 1999 (och då var äldre än 16 år) var 49 procent försäkrade efter 9 år i Sverige (bland de som inte hunnit fylla 65 år).

**Tabell 5**      **Andel försäkrade av Sveriges befolkning 16 till 64 år, uppdelat på kommungrupp<sup>1</sup>, födelseland och antal år sedan invandring, år 2014**

Kommungrupp	Utrikes födda samtliga (%)	Utrikes födda 3 år i landet (%)	Utrikes födda 5 år i landet (%)	Utrikes födda 9 år i landet (%)	Inrikes födda (%)
Förortskommuner till storstäderna	57	62	65	71	72
Förortskommuner till större städer	49	55	59	67	73
Glesbygdskommuner	35	46	51	61	71
Kommuner i glesbefolkad region	41	52	56	64	73
Kommuner i tätbefolkad region	42	51	55	64	72
Pendlingskommuner	47	55	59	67	72
Storstäder	49	54	57	63	69
Större städer	46	53	56	64	70
Turism- och besöksnäringskommuner	44	53	57	64	70
Varuproducerande kommuner	45	57	61	70	73

<sup>1</sup> Sveriges kommuner och Landstings kommunindelning från år 2011.



**Tabell 6 Odds ratio (OR) för sjukskrivning längre än 14 dagar bland försäkrade, uppdelat på födelseland**

	Samtliga		Kvinnor		Män	
	OR	Konfidensintervall <sup>1</sup>	OR	Konfidensintervall <sup>1</sup>	OR	Konfidensintervall <sup>1</sup>
Inrikes född (referens)	1,00		1,00		1,00	
Utrikes född	1,25	(1,24–1,25)	1,17	(1,16–1,17)	1,36	(1,35–1,36)
Kontrollerat för:						
Kön	1,25	(1,24–1,24)	1,17	(1,16–1,17)	1,36	(1,35–1,36)
+ Åldersklass	1,25	(1,24–1,25)	1,17	(1,16–1,16)	1,38	(1,37–1,38)
+ Utbildningsnivå	1,25	(1,24–1,25)	1,15	(1,14–1,15)	1,42	(1,41–1,42)
+ År	1,28	(1,27–1,28)	1,18	(1,17–1,18)	1,45	(1,44–1,45)
+ Kommun	1,31	(1,31–1,31)	1,20	(1,20–1,20)	1,50	(1,49–1,50)
+ Yrke	1,20	(1,19–1,20)	1,11	(1,10–1,11)	1,33	(1,32–1,33)
+ Inkomstklass	1,15	(1,14–1,15)	1,09	(1,08–1,09)	1,23	(1,22–1,23)
+ År som försäkrad <sup>2</sup>	1,19	(1,18–1,19)	1,13	(1,12–1,13)	1,27	(1,26–1,27)

Anm. Tabellen redovisar odds ratio för sjukfrånvaro när hänsyn tagits till fler och fler samvarierande variabler. Dvs. på raden "+År som försäkrad" presenteras odds ratiot för sjukfrånvaro från en modell justerad för kön, åldersklass, utbildningsnivå, år, kommun, yrke, inkomstklass och år som försäkrad.

<sup>1</sup> Signifikans på 5-procentsnivån.

<sup>2</sup> Kategoriserad i två grupper; varit *försäkrad* upp till tre år och i fler än tre år.

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2017:**

- 2017:1 En sjukförsäkring att lita på? Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015
- 2017:2 Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016
- 2017:3 Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter
- 2017:4 Assistansersättningens utveckling
- 2017:5 Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning
- 2017:6 Migration och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2017
- 2017:7 Sjukfrånvaro efter invandring. Utrikes föddas tillgång till och nyttjande av sjukpenning